

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-1899. — N° 73

LE
CANCER PRIMITIF
DES
CAPSULES SURRÉNALES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 Janvier 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGES ROBERT

ELÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Saint-Mihiel, le 26 mars 1874



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

A. MAISON A. WALTENER

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-1899. — N° 73

LE
CANCER PRIMITIF

DES
CAPSULES SURRÉNALES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 Janvier 1899

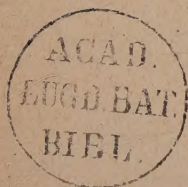
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGES ROBERT

ELÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Saint-Mihiel, le 26 mars 1874



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des Maladies mentales		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée		CAZENEUVE.
Anatomie		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPPIER.
Médecine légale		POLLOSSON (M.).
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes M. LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Cliniques des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.	—
Accouchements.	POLLOSSON.	(A.) —
Botanique.	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND.
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BÉRARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.)	VALLAS.	PIC	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. WEILL, Assesseur ;
MM. CONDAMIN et BÉRARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON ONCLE

Monsieur le Médecin Principal ROBERT

PROFESSEUR AU VAL-DE-GRACE

A MES PARENTS

A MA FAMILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR le PROFESSEUR PONCET

M. le Professeur Poncet a bien voulu m'inspirer cette thèse et me faire l'honneur d'en accepter la présidence. Je lui en suis profondément reconnaissant, ainsi que de la grande bienveillance qu'il n'a cessé de me prodiguer pendant toute la durée de mon stage dans son service.

Je tiens, également, à assurer ici de ma respectueuse gratitude M. le Médecin-Inspecteur et Mme Kelsch, pour leur excellent accueil pendant le cours de ces trois années.

J'aurai toujours présentes à la mémoire les nombreuses preuves de sollicitude que m'a données M. le Médecin Principal Pierrot.

J'adresse aussi tous mes remerciements à M. le Professeur agrégé Bérard et à M. le Docteur Dor, dont les précieux renseignements m'ont été d'un grand secours pour mener à bonne fin ce travail.

Prêt à entrer dans une vie nouvelle, je garde le meilleur souvenir des savantes leçons entendues à l'hôpital, et de l'affabilité que j'ai trouvée à l'Ecole.

M. le Professeur Gross, à Nancy, MM. les Méde-

cins-majors Janot et Benoît, à Lyon, m'ont donné des marques d'intérêt toutes particulières : je ne saurais l'oublier.

Enfin, que mes camarades de promotion soient assurés de ma vive sympathie.

INTRODUCTION

La littérature médicale renferme peu d'exemples de tumeurs malignes primitives des capsules surrénales. On y trouve, disséminées dans les différentes revues, des observations isolées, généralement incomplètes, mais aucun travail d'ensemble ne paraît avoir été publié sur cette question. Néanmoins, certains auteurs s'en sont occupés : Lancereaux (1) en discute la nature et en signale quelques cas ; Le Dentu (2) en donne une courte description ; Klebs (3) en fait un bref historique et MM. Duplay et Reclus (4), dans leur *Traité de Chirurgie*, y consacrent quelques pages. Il faut signaler enfin, dans ces dernières années, la thèse de Brin (5) qui esquisse rapi-

(1) LANCEREAUX. — Dictionnaire encyclopédique des Sciences Médicales. Article : Capsules surrénales.

(2) LE DENTU. — Affections chirurgicales des reins, des urètres et des capsules surrénales.

(3) KLEBS. — Handbuch der pathologischen Anatomie. Tome 1.

(4) DUPLAY et RECLUS. — *Traité de Chirurgie*, tome 7, page 805.

(5) BRIN. — Thèse de Paris, 1892.

dement les caractères propres aux différentes tumeurs que l'on rencontre dans ces organes.

Un cas de cancer primitif des capsules surrénales, observé dans le service de M. le professeur Poncet, a été le point de départ de ce modeste travail. Après avoir bien cherché dans les différentes publications françaises et étrangères et avoir éliminé tous les cas douteux, j'ai réussi à rassembler une vingtaine d'observations authentiques. Quelques autres m'ont malheureusement échappé et je n'ai pu les trouver dans les diverses bibliothèques auxquelles je me suis adressé. Toutefois, il est permis de dire qu'il n'en existe guère dans la science qu'une trentaine de cas.

C'est donc en me basant sur ces observations que je vais essayer d'en faire une étude clinique.

L'insuffisance, je dirai même le manque d'examen histologique, m'empêchera de donner au chapitre d'anatomie pathologique tout le développement qu'il comporte. C'est un point qui a été absolument négligé et, sauf trois ou quatre exceptions, on s'est contenté d'indiquer simplement à quelle classe de néoplasmes appartenaient ces tumeurs.

Je laisserai de côté, dans la suite, cette division en différentes espèces, car il est impossible de les distinguer cliniquement. Elles rentrent toutes, au point de vue du diagnostic, dans la grande classe des néoplasmes malins. Voilà donc pourquoi j'ai intitulé cette étude : Le cancer primitif des capsules surrénales. Je la diviserai suivant la coutume et j'étudierai successivement :

L'étiologie ;

L'anatomie pathologique ;

Les symptômes ;

La marche et les complications.

Un dernier chapitre sera consacré aux observations.

CHAPITRE PREMIER

Etiologie.

Les causes qui déterminent la localisation du cancer dans les capsules surrénales sont loin d'être connues. On retrouve dans l'histoire des malades les affections les plus variées, il n'est donc pas possible d'en tirer de conclusions. Toutefois, ces néoplasmes présentent certains caractères qu'il est bon de connaître.

Ils se développent à tous les âges et ne paraissent pas plus fréquents à certaines époques de la vie. Ils atteignent les vieillards aussi bien que les enfants et, chez ces derniers, on en trouve plusieurs exemplés entre 9 mois et 3 ans. Ils se montrent, en moyenne, 2 fois sur 3 chez les hommes, le sexe féminin est relativement épargné. L'hérédité n'est pas signalée parmi les antécédents et il n'y a pas lieu d'invoquer son influence.

Les diverses professions ne semblent pas non plus avoir d'action sur son développement et il ne faut pas en faire l'apanage des classes pauvres,

puisque la nature de l'affection n'a été jusqu'ici reconnue qu'à l'autopsie, rarement pratiquée dans les classes élevées de la société.

Une cause assez fréquemment invoquée par les malades est le traumatisme. C'est, racontent-ils, à la suite d'un coup reçu dans la région lombaire, qu'est apparue la tuméfaction. Quelle valeur donner à cette affirmation? Le malade observé dans le service de M. le professeur Poncet (1), attribuait l'apparition de sa tumeur à un choc qu'il avait reçu quelque temps auparavant, mais, d'après ce qu'il racontait, on pouvait faire remonter plus loin le début de la maladie et ce traumatisme n'avait été en quelque sorte qu'une occasion qui avait attiré son attention sur la région où siégeait la tumeur. Sans nier complètement l'influence de cette cause qui peut donner un véritable coup de fouet à une affection préexistante, on pourrait peut-être se demander s'il n'en est pas bien souvent ainsi.

Il n'y a pas lieu de faire intervenir les différentes diathèses et autres affections. On rencontre ici, comme partout ailleurs, l'arthritisme, la syphilis, le paludisme, l'alcoolisme, mais on ne doit point y attacher une importance capitale.

Le siège du cancer présente plus d'intérêt. Il est bilatéral dans un tiers des cas, mais, fréquemment, la différence de volume des tumeurs; la persistance de tissu sain dans l'une d'elles permet de douter du caractère primitif de cette bilatéralité. Le plus sou-

(1) Voir Obs. 10.

vent il porte sur une seule capsule et, dans ce cas, deux fois sur trois, c'est la capsule droite qui est envahie. Faut-il en conclure, avec Brin, que si les néoplasmes sont plus souvent signalés à droite qu'à gauche, cela tient à ce que la capsule surrénale droite est plus facilement découverte au cours d'une autopsie, à cause de son adhérence avec le foie à la face inférieure duquel elle est toujours accolée?

Cette raison ne semble pas suffisante pour expliquer cette localisation, car, généralement, les tumeurs sont assez volumineuses pour attirer l'attention même avant la mort.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique.

La nature des néoplasmes des capsules surrénales est loin d'être connue. Cela tient, comme le fait remarquer Lancereaux (1), au manque d'examen histologique dans les différents cas étiquetés cancers. On y reconnaît généralement aujourd'hui deux types principaux : d'un côté, le sarcome ; de l'autre, l'épithéliome ou le carcinome, ces derniers rentrant dans le groupe des tumeurs épithéliales ; mais l'accord n'existe plus lorsqu'il s'agit de leur fréquence relative. Ainsi Rokitansky (2) et Virchow (3) ne parlent que du carcinome et Klebs (4) prétend que les sarcomes sont exceptionnels dans ces organes. Bientôt il se fit un revirement en faveur des sarcomes. Lancereaux en cite plusieurs cas et MM. Du-

(1) *Loco citato.*

(2) ROKITANSKY. — Anatomie pathologique, III, A.

(3) VIRCHOW. — Pathologie des tumeurs, tome III.

(4) KLEBS. — Handbuch der pathologischen anatomie, tome I.

play et Reclus (1), dans leur Traité de Chirurgie, rapportent que sur huit observations de néoplasmes primitifs surréniaux, observés en quatre ans, il y avait sept sarcomes. Cette statistique est, disent-ils, en rapport avec celle de Blackburn.

Pillet (2) se rallie également à cette opinion. « *Le carcinome des capsules surrénales, dit-il, serait, le plus souvent, d'après Cornil et Ranvier, un encéphaloïde avec un grand nombre de vaisseaux dilatés, comme dans le carcinome hématode, et l'on sait que ce caractère hématode appartient surtout aux sarcomes ou fibromes embryonnaires.* »

Il ressort de toutes ces discussions que ces tumeurs ne présentent pas de caractères bien tranchés. Quoi qu'il en soit, sur vingt-une observations, j'ai trouvé dix fois mentionné le sarcome et douze fois l'épithéliome ou le carcinome. Contrôler l'exactitude de l'épithète qui leur a été donnée, serait difficile, car, dans plus de la moitié des cas, l'examen histologique n'était point publié.

Depuis que Grawitz (3) et les auteurs allemands ont émis l'idée que certains cancers des reins se développeraient aux dépens des capsules surrénales accessoires, que cette hypothèse a été confirmée par Albarran (4), en un long article publié en 1897, sur

(1) *Loco citato.*

(2) PILLET. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1888, page 716.

(3) GRAWITZ. — Die sogenannten Lipome der Niere (*Virchow's Archiv.*, vol. 93).

(4) ALBARRAN. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, page 243.

lequel je réviendrais plus loin, la nature de ces néoplasmes est une question d'actualité.

Pour le moment, passons en revue les diverses conceptions des auteurs, à ce sujet, et commençons par le sarcome.

Brin (1), dans sa thèse, le fait naître dans la couche médullaire, qui est la plus vasculaire, aux dépens de cette portion du tissu conjonctif qui sert à la formation des vaisseaux. Il en reconnaît deux types extrêmes : l'un provenant des capillaires ; c'est le sarcome jeune, caractérisé par la production dans son intérieur de globules sanguins ; l'autre, provenant des vaisseaux déjà formés. C'est le sarcome adulte dont le type est l'anévrysme cirsoïde. Entre ces deux extrêmes, il admet tous les intermédiaires.

Voici maintenant ce qu'en dit Lancereaux (2) :
« *Le fibrome des capsules surrénales est embryonnaire ou adulte. Le fibrome embryonnaire, ou sarcome, sans être fréquent, est moins rare qu'on ne serait tenté de le supposer, car il faut reconnaître qu'un certain nombre de faits, publiés sous le titre de cancers, lui appartient. Quant à ses formes, elles ne diffèrent pas de ce qu'elles sont dans les autres organes.* »

Le fibrome à cellules rondes se présente sous la forme de tumeurs médullaires, du volume d'une olive ou d'une petite pomme, affectant tantôt une seule

(1) BRIN. — *Loco citato*.

(2) LANCEREAUX. — *Traité d'Anatomie pathologique*, tome 3, page 806.

capsule surrénale, tantôt les deux à la fois. Ces tumeurs sont ordinairement grisâtres, arrondies, un peu molles et plus ou moins fortement injectées ou piquetées de sang. Dans un cas, rapporté par Calcott Fox (1), il s'était ajouté un fibrome embryonnaire (sarcome) de la capsule droite, une thrombose de la veine cave. Le fibrome à cellules fusiformes diffère peu du précédent, si ce n'est par les éléments qui le composent. Il forme, comme le dernier, des tumeurs encéphaloïdes plus ou moins molles, fréquemment parsemées d'extravasats sanguins (Ici l'auteur rapporte une observation) (2). La marche de ces tumeurs ressemble à ce qu'elle est partout ailleurs, les dégénérescences graisseuse et colloïde s'y produisent quelquefois avec leurs conséquences, et l'on a vu des kystes se développer à la suite de la dernière de ces dégénérescences.

Le sarcome mélanique, ou mélano-sarcome, ne fait pas défaut ici. Kussmaull lui a trouvé le volume d'une tête d'homme dans la capsule surrénale du côté droit; une trombose développée dans la veine cave inférieure, amena la mort par embolie. Dœderlin en a consigné un fait assez semblable dans sa thèse inaugurale (Erlangen, 1860) : la substance médullaire des capsules surrénales, celle de droite notamment, était infiltrée de masses mélaniques, tandis que la substance corticale était restée saine; des noyaux de la même altération occupaient le ventre,

(1) Voir Obs. 18.

(2) Voir Obs. 12.

le foie, le rein gauche, la pie-mère. D'un autre côté, Saviotti et Letulle ayant rapporté chacun un cas de fibrome adulte, développé dans les capsules surrénales, toutes les variétés de fibromes ont été rencontrées dans ces organes ».

Reportons-nous maintenant aux observations. Deux d'entre elles, intitulées sarcomes, renferment un examen histologique assez complet. Ce sont celles de Pilliet (1) et de Fraenkel (2). Voici, en résumé, ce que l'on y trouve :

Le premier caractère de ces tumeurs est leur consistance molle et friable. Elles sont très vasculaires et présentent une infiltration considérable de globules rouges qui détruit tout arrangement cellulaire. On y voit des vaisseaux de toutes formes et de tous calibres, les uns complètement développés, les autres limités par un simple endothélium. On constate même des lacunes sans membrane propre. Les cellules sont fusiformes, volumineuses, à gros noyaux, en général groupées irrégulièrement (Pilliet). Fraenkel décrit des cellules également volumineuses et à gros noyaux, et sur des coupes, traitées par le liquide de Müller, ces cellules contiennent un pigment brunâtre.

Dans les deux observations, on note qu'en certains points il existe une couronne complète de ces cellules, entourant une masse sanguine et lui formant en quelque sorte une paroi. En d'autres points, on voit de grosses cellules, semblables à des cellules

(1-2, Voir Obs. 11 et 5.

géantes, de forme irrégulière, infiltrées de granulations jaunâtres. Entre elles apparaissent des fibres inter-cellulaires assez abondantes.

Telles sont les descriptions variées que l'on a faites des sarcômes. Il nous reste maintenant à passer en revue les opinions émises à propos des tumeurs épithéliales.

Je mettrai en première ligne l'avis de Lancereaux :
« *L'épithélioma primitif des capsules surrénales, dit-il, pour être peu connu, n'a pas moins été observé un certain nombre de fois. Il occupe un seul organe, rarement les deux ensemble, et se montre sous la forme de tumeurs fermes, plus ou moins irrégulières, grisâtres, d'un volume variable, pouvant avoir jusqu'à 6 et 8 centimètres dans leur plus grand diamètre. Situées immédiatement au-dessus des reins qu'elles compriment et refoulent dans quelques cas, ces tumeurs ont été parfois confondues avec des lésions de ces organes, et s'il est facile de les différencier après la mort, la chose est plus difficile pendant la vie. Elles ont été rarement soumises à un examen histologique approfondi, en sorte que leur structure n'est pas très bien connue; mais tout porte à croire qu'elles sont constituées par les éléments épithéliaux des capsules surrénales, envahissant le tissu conjonctif interstitiel et gagnant les ganglions lymphatiques. Dans un cas, rapporté par Haussmann(1), les nodosités, après durcissement dans le liquide de Müller, apparaissent formées d'innom-*

(1) Voir Obs. 7.

brables cellules à protoplasma finement granuleux, contenant de 1 à 3 gros noyaux, très serrées les unes contre les autres, offrant les calibres et les formes les plus variées (ovales, rondes, piriformes, coudées), et séparées par un stroma conjonctif. »

La forme épithéliale, d'après Albarran, serait celle que l'on rencontrerait dans les tumeurs des reins provenant des noyaux surréniaux accessoires. Voici les caractères que leur assigne cet auteur :

Ce seraient surtout des épithéliomes à cellules claires, à structure alvéolaire, constituées en réalité par des cordons pleins de cellules épithéliales, séparés les uns des autres par des capillaires dont la paroi est en contact immédiat ou presque immédiat avec ces cellules. Celles-ci contiendraient de la graisse, et l'éther leur donnerait un caractère vésiculeux ; on y trouverait aussi du glycogène. A côté, on rencontre des cellules géantes et des cellules médullaires caractéristiques en ce qu'elles sont teintées en brun par les sels de chrome (Stilling).

Si l'on cherche à se rendre compte, par la lecture des observations, de la structure des néoplasmes décrits comme épithéliomes ou carcinomes, on y retrouve les cellules formant des tubes, généralement polymorphes et surtout polyédriques, dont le protoplasma renferme de grosses granulations pigmentaires et parfois plusieurs noyaux de forme arrondie. Beaucoup d'entre elles ont subi la dégénérescence graisseuse et l'on trouve des points où toute structure caractéristique a disparu.

Lorsqu'il s'agit de carcinomes, on voit encore ces

cellules accompagnées de cellules géantes, mais ici il y a de véritables alvéoles formées de tissu fibreux.

Maintenant que nous avons pu nous faire une idée de ce que l'on a appelé sarcomes et épithéliomes, il nous est possible de reconnaître que ces derniers seuls présentent des caractères à peu près constants et sur lesquels on est d'accord.

Si ce qu'on a désigné sous le nom de sarcomes affecte les formes les plus variées, cela tient peut-être à ce que cette dénomination n'a pas toujours été prise dans un même sens. Pour les uns elle s'applique aux tumeurs franchement conjonctives, pour les autres elle désigne des formes embryonnaires que l'Ecole lyonnaise a démontrées être souvent de nature épithéliale.

Auquel de ces types appartient le cancer à la suite duquel a succombé le malade qui se trouvait dans le service de M. le professeur Poncet?

L'examen des préparations, fait par M. le Dr Dor, est en faveur de sa structure épithéliale. La présence de cellules polymorphes, possédant des caractères propres aux capsules surrénales, la constatation dans leur protoplasma d'une substance réfringente spéciale, la rareté du tissu conjonctif, font songer à un épithélioma.

M. Dor, ayant eu l'occasion d'étudier antérieurement la structure d'un autre cancer de même origine et ayant constaté qu'il présentait des différences notables avec celui que nous avons observé ensemble, émet l'idée que, peut-être, il y aurait dans

ces organes deux sortes d'épithéliomas répondant : l'un aux cellules corticales, l'autre aux cellules médullaires.

Il faudrait peut-être aussi songer, en présence de généralisations dans les centres nerveux, à la possibilité de tumeurs de constitution spéciale. Weichselbaum (1) a, du reste, observé un névrome sur-rénal chez un homme de 76 ans.

Macroscopiquement, ces néoplasmes se présentent sous la forme de masses plus ou moins volumineuses, pouvant atteindre les dimensions d'une tête d'enfant, régulièrement ovoïdes ou légèrement bosselées. Leur coloration change suivant la quantité de vaisseaux qu'ils renferment et peut varier du blanc jaunâtre au violet foncé. Leur consistance est ordinairement très molle, et elles donnent de bonne heure une véritable sensation de fluctuation.

Si l'on en fait des coupes, il est fréquent de les trouver formées de deux parties : d'un noyau central de couleur blanchâtre et d'une enveloppe assez épaisse. Cet aspect se retrouve en particulier dans les tumeurs franchement épithéliales et, dans ce cas, la portion périphérique présente encore une structure assez régulière, tandis que la portion centrale est envahie par une dégénérescence granulo-graisseuse plus ou moins complète.

Que se passe-t-il du côté des autres organes ?

(1) WEICHSELBAUM. — *Archiv. f. path. Anat. und Physiol. Berlin*, 1881, tome LXXXV, page 554.

On rencontre rarement de l'ascite et jamais de signes d'irritation péritonéale, mais, par contre, il existe des adhérences qui peuvent se faire de tous côtés. Elles portent d'abord sur le rein, auquel la tumeur peut être intimement soudée, et cela s'explique, puisqu'à l'état normal ces deux organes sont déjà reliés par du tissu conjonctif. Elles s'étendent à la partie postérieure de l'abdomen, au foie, au diaphragme, à l'estomac, à la rate, au pancréas, à l'intestin.

La rate est fréquemment hypertrophiée et prend une coloration brun clair.

Les reins sont parfois aplatis à leur partie supérieure, leur volume est augmenté, ils sont hyperémies ou plus pâles que de coutume, et ils peuvent être le siège d'une légère néphrite.

Le cœur, dans certains cas, était flasque, dilaté, et son péricarde renfermait un léger épanchement.

Les deux feuillets de la plèvre adhèrent quelquefois l'un à l'autre ou contiennent une certaine quantité de liquide citrin dans leur cavité.

Les autres organes sont normaux lorsqu'il n'y a pas d'infection secondaire.

CHAPITRE III

Symptômes.

Avant d'entreprendre l'étude des différents symptômes que l'on rencontre dans les cas de tumeurs malignes primitives des capsules surrénales, il me semble nécessaire de distinguer, d'après leur marche, ces tumeurs en deux groupes et de considérer séparément celles qui présentent une généralisation rapide et celles qui ne se généralisent pas, ou ne le font que tardivement. A la lecture des observations, en effet, si l'on veut ranger dans un même cadre les différentes sortes de cancers, on se trouve en présence de faits contradictoires dont il paraît impossible, au premier abord, de tirer des conclusions. Bien au contraire, en séparant nettement deux ordres de phénomènes, on peut expliquer ces prétendues contradictions et établir, pour l'un des deux au moins, des symptômes qui, pris séparément, n'ont pas une valeur absolue, mais dont l'ensemble pourrait peut-être permettre, sinon

de diagnostiquer, du moins d'entrevoir la nature d'une affection qui, jusqu'ici, n'a été reconnue qu'à l'autopsie.

La forme des cancers à généralisation rapide est certainement la plus rare; le diagnostic en est impossible, car la mort survient rapidement et l'augmentation de volume des capsules surrénales n'est pas assez considérable pour être perçue à l'extérieur. A part quelquefois une légère douleur dans la région lombaire, la maladie débute généralement par l'apparition de noyaux cancéreux disséminés. La localisation de ces noyaux, la façon dont ils évoluent, entraînent nécessairement un ensemble de symptômes qui masquent presque toujours ceux de la lésion primitive. Dans ce cas, l'hyperthermie est fréquente, ainsi que les manifestations multiples qui résultent de l'invasion des différents organes.

Cette forme répond à une lésion bilatérale des capsules surrénales, de nature épithéliale, non reconnue pendant la vie. Un de ses caractères principaux est sa tendance à donner des métastases dans le cerveau et le système nerveux. Tel est le cas de la malade de M. Weinberg et Turquet (1), qui, en dehors de nombreux nodules cancéreux aux poumons, présentait un foyer de généralisation dans le cervelet. Cette dernière lésion attira seule l'attention. Klebs (2) parle d'un enfant de 11 ans, qui avait des localisations dans le péritoine, le foie, les

(1) Voir Obs. 1.

(2) Voir Obs. 2.

poumons et le lobe postérieur du cerveau. Chez ces deux malades, l'autopsie montra un envahissement bilatéral des capsules surrénales dans lesquelles le cancer avait primitivement son siège. Citons aussi, comme rentrant dans cet ordre de faits, l'observation rapportée par Chaillous (1). Il s'agissait d'un homme de 27 ans, présentant des noyaux multiples de la peau.

L'évolution de cette forme est rapide. La mort arrive, soit par suite du siège des métastases, soit par le fait de la généralisation. La malade de M. Weinberg mourut, six semaines après l'apparition des premiers symptômes, par arrêt de la respiration. Celui de Chaillous succomba, avec des signes d'infection générale, 12 jours après son entrée à l'hôpital, quelques mois après le début de l'affection.

Les cancers sans généralisation ou à généralisation lente constituent la forme la plus fréquente et présentent des caractères communs que l'on retrouve dans beaucoup d'observations. Voici, en quelques lignes, l'ensemble des symptômes principaux et leur évolution.

Un malade perd l'appétit, maigrit et sent ses forces décroître. En même temps il peut ressentir une douleur assez vive dans la région lombaire, avec irradiations à l'épigastre et au thorax. Il s'aperçoit que son ventre augmente de volume, ou bien, par hasard, il y remarque l'existence d'une tumeur. Des

(1) Voir Obs. 3.

troubles digestifs et respiratoires surviennent bientôt, l'incapacité de travail devient absolue. Tout cela a évolué dans un laps de temps qui peut varier entre quelques semaines et quelques mois, mais qui ne dépasse presque jamais un an. Il se décide alors à consulter un médecin ou à entrer à l'hôpital. On constate, en ce moment, un amaigrissement considérable, une cachexie déjà avancée. Les différents symptômes de la maladie d'Addison sont présents à l'exception de la coloration bronzée des téguments. La température est normale, peut même être hypothermique ; il y a de la tachycardie, un pouls petit, mou, dépressible, fréquent. La dyspnée n'est pas rare, mais tient, le plus souvent, à des modifications de l'appareil pulmonaire. L'abdomen est distendu, mais irrégulièrement ; la tuméfaction est surtout localisée à la partie supérieure d'un des flancs. Là se trouve une tumeur dont nous étudierons plus loin les caractères. Les autres organes sont, en général, sains.

La cachexie fait de rapides progrès et la mort survient en peu de temps dans le coma.

Je vais maintenant aborder l'étude de ces différents symptômes que je diviserai en deux classes :

Ceux qui sont propres au cancer ;

Ceux qui sont dus à sa présence au milieu des organes.

Parmi eux, il en est deux qui méritent une attention toute particulière, je les traiterai donc à part ; l'un pour le refuter, l'autre pour mettre en relief certaines particularités jusqu'alors passées sous silence.

Je veux parler de la coloration bronzée de la peau et de la température. Cette dernière, intéressante par elle-même, présente, avec le pouls, des rapports tels que je crois utile de les exposer dans un même chapitre.

Coloration bronzée de la peau. — La première idée qui vient à l'esprit lorsqu'on entend parler de lésions des capsules surrénales, c'est la coloration bronzée de la peau. Cela s'explique fort bien, car longtemps ce signe fut considéré comme absolument caractéristique et, maintes fois, l'autopsie permit de constater la coexistence d'une pigmentation anormale et d'une destruction plus ou moins complète des reins succenturiés. On y vit des rapports de cause à effet et Addison y attacha une grande importance dans le syndrome de la maladie qui porte son nom. Bientôt, malheureusement, l'expérience démentit ces constatations. On trouva une destruction complète des deux capsules sans trace de coloration bronzée. En vain on objecta que, dans ces cas, en dehors des capsules lésées, il pouvait y avoir, dans d'autres organes, des débris aberrants, comme on a pu en constater, dans les organes génitaux, dans les différents plexus, et que ces débris suffisaient, à la rigueur, à assurer l'intégrité de la fonction. Des faits plus sérieux achevèrent de ruiner cette théorie. Lancereaux rapporte (Archives de Médecine, 1890) que, dans un cas observé par lui, l'ensemble symptomatique qui constitue la maladie d'Addison existait au grand complet, et que les capsules surrénales

étaient saines. D'autre part, Jaccoud, Martineau, Nothnagel (1) et, avec eux, Gubler, sont d'avis que ce n'est pas la maladie des capsules surrénales, mais l'irritation des ganglions hypogastriques, par là même, éventuelle, qui est la principale cause de cette pigmentation bronzée. Si on se rapporte à la pathologie, on y trouve une confirmation de cette théorie, car, dans certains cas de tumeurs hypogastriques, accompagnées de cachexie profonde, on a trouvé une remarquable pigmentation.

On ne doit, cependant, pas nier complètement l'action des lésions des capsules surrénales dans la production de la coloration bronzée, car si quelques observateurs ont reconnu l'intégrité de ces organes dans des cas où tous les autres signes de la maladie d'Addison se trouvaient réunis, certains autres n'ont pas trouvé davantage de traces de dégénérescence ganglionnaire du système nerveux.

Malgré tout, on peut reconnaître que cette pigmentation est très rare dans les affections chirurgicales. Relativement fréquente dans les cas de tuberculose, elle est tout à fait exceptionnelle lorsqu'il s'agit de tumeurs et, en particulier, de cancer. Sur 22 observations j'ai pu en trouver une seulement où ce signe se trouvait présent. Que conclure de tout ceci? De ce que la coloration bronzée ne se trouve pas dans certaines affections ayant les caractères de cancers des capsules surrénales, il ne faudra pas pour cela en nier le point de départ.

(1) Cités *in* Schmits Jahrbuch, tome 126, page 122.

D'autre part, la présence de la pigmentation deviendra un élément de probabilité mais non de certitude.

Température. — La température pourrait peut-être donner des renseignements utiles, mais elle ne semble pas avoir attiré l'attention. Les ouvrages classiques n'en parlent pas et la plupart des observations n'en font pas mention. En cherchant dans les traités spéciaux, on ne trouve aucun renseignement. Oppolzer (1), lui-même, qui a étudié les rapports qui existent entre la température et les différentes maladies, reste muet sur ce point. Il existe pourtant une série d'expériences dues à Samuel (2), qui nous donnent, sur le rôle des capsules surrénales dans la production de la chaleur, des notions dont la pathologie pourrait peut-être tirer parti.

En étudiant expérimentalement l'influence de chaque organe, pris séparément, sur la formation de la chaleur dans le corps, Samuel extirpa à de gros animaux les deux capsules surrénales. Aussitôt après l'opération, exécutée dans les meilleures conditions et dans une salle chauffée, il put observer une chute de température de 39°5 à 37°; une heure après à 33° et même à 28° degrés. Samuel admet qu'il pourrait s'agir d'une action réflexe sur le centre de production de la chaleur.

Ces données physiologiques ont été vérifiées par la pathologie. A propos d'une observation publiée

(1) OPPOLZER. — *Wiener Medizinische Wochenschrift*, XVI, 1879. 84, 88, 90, 93, 94, 1866.

(2) SAMUEL. — *Über die eigenwärme um das Fieber.*

dans le *Wiener Medizinische Wochenschrift* Berdack (1) s'est occupé de la question. Il fouilla la littérature médicale et put rassembler plusieurs exemples d'hypothermie coïncidant avec des lésions des capsules surrénales. Il rapporte le cas, observé par Sirodey, à l'hôpital de la Charité, de Paris, d'une malade âgée de 46 ans, qui ne présenta jamais plus de 35°7. Un autre malade, âgé de 28 ans, n'avait que 35°4, et Chvostek vit une lésion suppurante des capsules surrénales coïncider avec une température qui oscillait entre 35°6 et 34°6, pour tomber à 32°2 avant la mort.

Cette particularité se rencontre également dans le cas de cancer primitif dont parle Berdack. La température ne dépassa jamais 36°1, se maintenant, pendant les derniers jours, entre 35°6 et 35° et descendit encore plus bas.

Malheureusement ces données si intéressantes ne peuvent être vérifiées par les observations qui se contentent, pour la plupart, de signaler qu'il n'y a pas d'hyperthermie. Ce serait donc un point à étudier, si de nouveaux cas se présentaient.

D'autres observations, cependant, sont plus complètes à cet égard, et si je n'ai pu m'en servir à titre de vérification, par suite d'affections intercurrentes, influant sur la température et dont j'ai dû tenir compte, elles m'ont permis de remarquer une dissociation notable entre cette température et le pouls,

(1) BERDACK. — *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 1889, page 357.

que n'expliquent pas les complications survenues dans le cours de la maladie. En voici, du reste, trois exemples :

OBSERVATION DE FRAENKEL (1).

	Température		Pouls	
	Matin	Soir	Matin	Soir
11 décembre..	»	37	»	»
12 » ..	37.4	37.1	112	122
13 » ..	37	36.6	»	120 à 180
14 » ..	37.8	37.2	»	»
15 » ..	37.9	37.6	136	128
16 » ..	38	37.4	136	142
17 » ..	38.1	37.9	160	152
18 » ..	38.4	37.8	120	136
19 » ..	37.4	36.6	120	140
20 » ..	37	»	120	»

Ici il y avait, il est vrai, des phénomènes d'urémie, mais cela suffit-il à expliquer cet écart entre une température de 37° et une moyenne de 140 pulsations ? Ce tableau est un bel exemple de type inverse de température qui n'appartient donc pas exclusivement à la tuberculose, mais peut apparaître dans les diverses cachexies.

OBSERVATION DE ROSENSTEIN (2).

Température : 36.8 le matin et 37.4 le soir. Pouls . 110 à 112.
Rien n'explique cette dissociation.

OBSERVATION DE PILLIET (3).

Température : 37.1. Pouls : 130.
Léger épanchement péricardique et quelques adhérences.
Pas de pouls paradoxal.

(1) Voir Obs, 5

(2) Voir Obs. 6.

(3) Voir Obs. 11.

Malgré ces divers troubles fonctionnels se greffant sur les lésions primitives, il semble permis de conclure à l'augmentation du nombre de pulsations et ceci concorde avec les expériences de Brown-Séquard, Abelous et Langlois dont il résulte que l'insuffisance ou la suppression de la fonction surrénale permet l'accumulation dans le sang de poisons à type curarisant qui se produisent au cours du travail musculaire. A l'état normal, les capsules auraient le pouvoir de détruire ou de neutraliser ces toxines. Or ces toxines lorsqu'elles subsistent, atteignant les extrémités des fibres nerveuses motrices, provoquent une asthénie profonde. Elles peuvent même, d'après Chauffard (1), atteindre les nerfs cardiaques et provoquer des accidents de tachycardie paralytique.

Je vais maintenant étudier séparément chaque symptôme en prenant d'abord ceux qui sont propres au cancer, pour m'occuper ensuite de ceux qui résultent de sa présence au milieu des autres organes.

Les symptômes propres au cancer sont : sa situation, sa forme, sa consistance, son mode de développement.

Situation. — Quand la tumeur a pris un développement assez considérable, on remarque que le ventre a augmenté de volume, mais d'une façon

(1) CHAUFFARD. — Cité dans Dieulafoy. *Traité de Pathologie interne*. Article : Maladie d'Addison.

irrégulière. La tuméfaction porte surtout sur l'un des flancs, elle semble produite par une masse qui, bridée sous les dernières côtes, les déborde enfin et vient alors faire saillie dans l'un des hypochondres et même à l'épigastre. On remarque en même temps un élargissement notable de la base du thorax qui est en faveur du prolongement de la tumeur sous ces côtes. La peau de l'abdomen a sa coloration normale, elle est distendue, rarement œdémateuse et ne présente presque jamais de circulation complémentaire.

La palpation confirme les données de l'inspection. Elle permet de reconnaître certains cancers de petit volume qui ne se manifestent par aucun signe extérieur ; elle peut donner une sensation de ballottement, mais elle apprend aussi que, dans quelques cas, la tumeur suit le diaphragme dans ses mouvements respiratoires. Les téguments sont mobiles à sa surface, la main se rend aisément compte de son origine profonde et arrive quelquefois à lui imprimer un léger déplacement, mais quelquefois aussi on reconnaît qu'elle est adhérente aux parties profondes.

La percussion donne les limites de la matité. Elle indique en avant de la tumeur, de la submatité ou même un son clair, si des anses intestinales se trouvent interposées. Cette submatité s'accuse à mesure que l'on approche de la région lombaire et, en ce point, elle est remplacée par une matité absolue. Celle-ci remonte plus ou moins haut et empiète

d'autant plus sur la cage thoracique que le diaphragme est plus refoulé.

Quels sont les rapports de cette tumeur avec les autres organes ? Telle est la vraie difficulté.

Est-elle située à gauche, elle repousse l'estomac et le réduit, dans certaines circonstances, à l'état de cavité virtuelle. Elle vient quelquefois faire saillie entre l'estomac et le colon et la sonorité avoisinante permet de la circonscrire assez bien. La rate peut être comme enchâssée dans sa masse, mais dans bien des cas elle est libre et facilement délimitable. Quant au rein, il fait, en quelque sorte, corps avec elle et, par les simples données de l'inspection, de la percussion et de la palpation, il n'est point possible de les différencier.

Est-elle située à droite, et nous avons vu que c'était là son siège le plus fréquent, elle déplace le foie soit en l'abaissant, soit, au contraire, en le repoussant en haut ; elle lui adhère même parfois à tel point qu'on en fait un kyste hydatique ou un cancer de cet organe.

Forme. — Ce sont généralement des tumeurs arrondies, quelquefois bosselées, irrégulières, présentant un volume variable qui peut atteindre la grosseur d'une tête d'enfant. Leur contour peut être perçu en dedans, en bas et en haut, mais il est presque toujours impossible de les limiter en dehors. On se rend quelquefois bien compte que ce que l'on sent n'est qu'une partie de la masse qui doit se continuer plus profondément et, en géné-

ral, on arrive tout au plus à reconnaître la taille de ces tumeurs, mais il est difficile de s'en faire une idée exacte.

Consistance. — Assez dures au début, ces masses se ramollissent bientôt et donnent une sensation d'élasticité pouvant aller jusqu'à la fluctuation, sensation qui s'explique par la richesse vasculaire de leur tissu ou leur désintégration granulo-graisseuse. Dans certains cas, cette fluctuation était tellement manifeste qu'on fit des ponctions exploratrices. Dans l'observation de Berdack (1), on trouva du sang mélangé de graisse, contenant quelques globules sanguins et des grains de pigment. Heitter (2) retira une sérosité sanguinolente, jaunâtre au début, puis brune et épaisse, alcaline et très albumineuse, coulant difficilement par le trocart. On ne peut donc pas avoir, par ce procédé, de renseignements sur la nature de ces cancers. Quant à l'auscultation, elle ne révèle aucun souffle ni aucun bruit anormal.

Mode de développement. — La tumeur est déjà considérable lorsque le malade s'en aperçoit. Quelquefois douloureuse à la pression, elle ne gêne ordinairement que par son volume ou par les troubles résultant de la compression des nerfs ou des vaisseaux. Quand elle est déjà suffisamment développée pour être perçue à l'extérieur, la cachexie

(1) Voir Obs. 19.

(2) Voir Obs. 9.

est déjà fort avancée et la mort survient à bref délai.

Les traumatismes semblent avoir une action néfaste sur son développement, de même que l'effort. Le malade de M. le professeur Poncet vit sa tumeur grossir rapidement à la suite d'un choc dans la région lombaire, et celui de Collinet (1), en se baissant pour mettre ses chaussures, sentit une douleur violente dans la région rénale et mourut une heure après sans qu'on ait pu trouver à l'autopsie des lésions expliquant cette mort rapide.

Tels sont les signes propres aux cancers latéraux qui sont de beaucoup les plus fréquents. Quant aux cancers bi-latéraux, une partie d'entre eux a déjà été rangée dans la forme à généralisation rapide et nous avons vu dans le chapitre d'étiologie que ce caractère de bi-latéralité était le plus souvent secondaire. Quand la seconde capsule surrénale est envahie de bonne heure, le volume des tumeurs n'est pas assez considérable pour attirer l'attention et la mort survient à brève échéance avec des signes de profonde cachexie.

Les symptômes qui résultent de la présence du cancer au milieu des organes peuvent être rangés en deux classes :

Les uns sont d'ordre réactionnel et constituent les symptômes essentiels.

Les autres sont d'ordre purement mécanique et

(1) Voir Obs. 16.

tiennent à des phénomènes de compression. Ce sont les symptômes accessoires.

Il ne sera pas question ici de ceux qui résultent de la généralisation. Ces derniers trouveront leur place au chapitre des complications.

Dans la première classe, il faudrait ranger tout d'abord ceux que l'on rencontre dans la maladie d'Addison, à l'exception, cependant, de la coloration bronzée des téguments ; mais pareille division, tout en étant absolument indispensable, au point de vue de la variété des symptômes, n'est pas pratique au point de vue de leur exposition, car beaucoup d'entre eux sont tantôt d'ordre réactionnel et tantôt d'ordre mécanique. Il semble donc préférable de les ranger suivant les organes qui leur donnent naissance. J'étudierai tout d'abord les symptômes généraux et j'envisagerai ensuite les troubles digestifs, respiratoires, circulatoires et urinaires.

Symptômes généraux. — Douleur. - Les douleurs que produit le cancer primitif des capsules surrénales sont semblables à celles que l'on rencontre dans le cours de la maladie d'Addison, c'est-à-dire qu'elles ne présentent pas un élément de diagnostic bien précis pour permettre de reconnaître quel est l'organe lésé.

Elles sont tantôt sourdes, tantôt lancinantes, continues ou survenant par crises. Dans bien des cas, même, elles font complètement défaut.

Quand elles existent, la pression profonde peut les réveiller et les mouvements inspiratoires les

exaspèrent parfois. Toutefois, on remarque qu'elles n'augmentent pas après les repas. Elles peuvent se produire quand les malades passent de la position couchée à la position assise, et dans l'observation de Berdack (1) elles cessaient lorsque le corps était fléchi en avant.

Ces douleurs siègent, le plus souvent, dans la région lombaire ou dans l'un des hypocondres ; elles coïncident presque toujours avec un point douloureux à l'épigastre et des irradiations au thorax. Perry (2) a même noté une sensibilité spéciale au niveau des dernières vertèbres lombaires. Elles apparaissent quelquefois avant la tumeur dont elles signalent la présence et peuvent être accompagnées de dyspnée et de vomissements.

Asthénie, amaigrissement, cachexie. — Comme dans la maladie d'Addison, l'asthénie est un symptôme constant et souvent précoce des tumeurs malignes des capsules surrénales, mais elle en diffère par ce fait qu'elle est toujours accompagnée d'un amaigrissement progressif, amenant bientôt une cachexie profonde. Ces deux signes peuvent se présenter à toutes les périodes de la maladie et même en être la première manifestation. Il s'agit, par exemple, d'un individu jusque là bien portant, qui, sans cause apparente, s'affaiblit et commence à maigrir. Ses forces décroissent rapidement et sa faiblesse devient

(1) Voir Obs. 19.

(2) Voir Obs. 4.

bientôt telle qu'il doit renoncer à tout travail. Dans ces cas, sauf quelques troubles digestifs et respiratoires sans signification précise, aucun symptôme ne peut permettre de songer à la véritable lésion. Souvent cette asthénie n'est pas en rapport avec le degré de l'émaciation, et l'on voit des malades, dont l'état général est relativement bon, qui n'ont même plus la force de s'asseoir dans leur lit. Il semblerait donc qu'en cela le cancer des capsules surrénales puisse être assimilé aux lésions de la maladie bronzée.

Quant à l'amaigrissement, il est ordinairement assez rapide, et dans l'observation recueillie dans le service de M. le professeur Poncet, on note une perte de poids de 16 kilogs en un an et demi. Cet amaigrissement s'accroît à mesure que l'affection approche de son terme et peut atteindre 3 kil. en une seule semaine, ainsi que le rapporte Rosenstein (1).

Les modifications de l'état général produisent bientôt une véritable cachexie.

Lorsqu'on examine ces malades, on est frappé de leur maigreur extrême. Les yeux sont excavés, les apophyses saillantes, les conjonctives décolorées. Les téguments présentent une teinte pâle, anémique, légèrement brune, mais on n'observe pas de pigmentation spéciale de la peau et la coloration jaune paille que l'on rencontre chez les cancéreux, est ici presque toujours absente.

Cet état s'accompagne quelquefois de troubles

(1) Voir Obs. 6.

cérébraux, de délire, précurseurs de la prostration et du coma, dans lequel succombe le patient, lorsqu'il n'a pas été enlevé auparavant par une affection intercurrente.

Il faut signaler ici une particularité que l'on rencontre chez les jeunes enfants atteints de cancer des capsules surrénales. Je veux parler du développement extraordinaire du système pileux et des organes génitaux, signalé dans deux observations. Dans les deux cas, il s'agissait de petites filles : l'une âgée de 2 ans, observée par Fox (1), avait une région pubienne très velue et des organes génitaux complètement développés ; l'autre, âgée de 3 ans, observée par Ogle (2) présentait, en outre, des sourcils épais et une moustache très accentuée. Ces enfants avaient un teint très foncé, mais, cependant, pas de pigmentation bronzée.

Troubles gastro-intestinaux. — Les troubles gastro-intestinaux sont constants et surviennent soit au début, soit dans le cours de la maladie. Bien souvent, ils ne se manifestent que par l'anorexie. Les malades perdent peu à peu l'appétit, leur langue devient chargée, sèche, noirâtre même ; ils ont du dégoût pour les aliments, digèrent difficilement et finissent par refuser toute nourriture.

Cette anorexie peut être accompagnée de vomissements alimentaires, muqueux ou bilieux, qui

(1) Voir Obs. 18.

(2) Voir Obs 21.

n'apparaissent qu'assez tard et sans régularité. Enfin, on observe tantôt de la diarrhée et tantôt de la constipation.

La compression exercée sur l'estomac, que l'on trouve généralement sain, pourrait avoir un rôle dans la production de ces symptômes, mais il est plus vraisemblable de les considérer soit comme étant d'ordre réflexe, soit comme dépendant de cette asthénie qui porte sur tous les organes.

Troubles respiratoires. — La tumeur, repoussant le diaphragme, comprimant le poumon avec lequel elle a des rapports presque immédiats, il n'est pas étonnant de constater des modifications du côté de l'appareil respiratoire. On peut trouver uniquement des signes de compression. L'inspection dénote l'élargissement de la base du thorax, la percussion montre une matité plus ou moins considérable, siégeant à l'une des bases et, à l'auscultation, on reconnaît l'absence de murmure vésiculaire à ce niveau. Le champ respiratoire est donc restreint et les malades présentent de la dyspnée, des accès d'oppression qui augmentent d'intensité à mesure que la tumeur grossit.

Mais on peut observer des phénomènes de congestion, d'œdème pulmonaire et même une véritable pneumonie souvent mortelle.

Ces troubles respiratoires se rencontrent à peu près dans la moitié des cas. Ils peuvent manquer, soit que la tumeur n'ait pas pris un développement assez considérable, soit qu'elle ait envahi de préfé-

rence un hypocondre en laissant le diaphragme relativement libre.

Troubles circulatoires. — Après ce qui a été dit plus haut à propos de la rapidité du pouls, il ne reste plus ici qu'à en étudier les caractères. Malheureusement c'est un point qui paraît avoir été négligé et peu d'observations en font mention. Néanmoins, toutes celles qui s'en sont préoccupées s'accordent à reconnaître qu'il est petit, mou, dépressible. Ceci concorde bien avec ce que l'on connaît du rôle des capsules surrénales, et prouve que l'asthénie, qui porte sur le système musculaire, exerce son action sur le muscle cardiaque. Les contractions de ce dernier deviennent moins vives, le choc de la pointe moins perceptible, mais, en dehors de fréquentes palpitations, s'expliquant par action paralytique, on n'observe ni souffle, ni autres signes pathologiques. Il faut mentionner, à propos de ces troubles circulatoires, l'apparition de cyanose dans la période ultime.

Troubles urinaires. — Ils sont exceptionnels lorsque la généralisation n'a pas atteint les reins. Cependant ceux-ci ne sont pas toujours sains, et peuvent être le siège de néphrite plus ou moins étendue, mais ces altérations se traduisent rarement à l'extérieur. Seule l'observation de Fraenkel (1) cite un cas de néphrite interstitielle avec albumine et urémie,

(1) Voir Obs. 5.

chez unè malade qui avait eu, il est vrai, une scarlatine 4 ans auparavant.

Je terminerai ce chapitre en signalant la rareté du varicocèle, constaté seulement chez le malade de M. le professeur Poncet.

CHAPITRE IV

Marche et complications.

Il ne sera pas question ici du développement des cancers. C'est un point qui a été traité dans le chapitre précédent et sur lequel il n'y a pas lieu de revenir. Ceci posé, il ne reste plus qu'à dire quelques mots de la durée de la maladie et de son allure générale.

Nous savons déjà que la durée dépend surtout de la forme. Très courte dans les cancers à généralisation rapide, où elle varie entre quelques semaines et quelques mois, elle est plus longue dans les autres cancers, bien qu'elle dépasse rarement un an. Elle est en moyenne de 8 à 10 mois.

L'affection reste généralement latente pendant quelque temps et ne donne lieu qu'aux symptômes généraux dont il a été question plus haut. Lorsque ces symptômes s'accroissent et s'accompagnent d'autres plus inquiétants, on se trouve déjà à une période très avancée. C'est généralement alors que

les malades viennent consulter ou entrent à l'hôpital. Leur état empire rapidement et la mort survient presque toujours à peine un mois après leur entrée.

Certaines circonstances peuvent hâter encore le terme fatal. Ce sont : le traumatisme et l'effort. L'un agissant sur l'évolution de la tumeur, comme nous l'avons vu précédemment, l'autre pouvant amener une mort presque immédiate, ainsi qu'il est possible de s'en rendre compte par l'observation de Collinet(1)

Quant aux complications, elles sont souvent le fait de la généralisation qui, d'après MM. Duplay et Reclus (2), se produirait dans la moitié des cas environ. Pour ma part, je l'ai trouvée 16 fois sur 22 observations.

Elle peut porter sur tous les organes, mais il en est qui sont de véritables lieux d'élection : le rein, le pumon et le foie. J'ai trouvé 9 fois des foyers secondaires dans le premier, 8 fois dans le second et 6 fois dans le troisième.

Etant donnés ses rapports avec les capsules surrénales, le rein est particulièrement exposé à être atteint, puisque la tumeur se développe auprès de lui, le repousse, y adhère et l'englobe même. On peut le trouver sain au milieu du tissu néoplasique, mais fréquemment il est envahi.

Rarement la localisation secondaire est bilatérale, le plus souvent elle porte du côté où siège le cancer. Celui-ci se propage de deux façons : directement ;

(1) Voir Obs. 16.

(2) *Loco citato*.

dans ce cas, il adhère à la capsule rénale, la détruit et peut s'infiltrer dans le parenchyme sous-jacent à tel point qu'il devient difficile de se prononcer sur son siège primitif. D'autres fois, l'infection est indirecte, se fait par voie sanguine ou lymphatique et donne naissance à des nodules reproduisant le type de la tumeur dont ils proviennent. Inutile d'ajouter que c'est cette seconde forme que l'on rencontre toujours dans le rein symétrique lorsqu'il est lésé. Dans ce cas, il peut n'y avoir qu'un seul nodule, mais il n'est pas rare d'en trouver plusieurs. On en a vu jusqu'à 8 dans un même organe.

Cet envahissement se traduit extérieurement par des symptômes qui varient suivant le siège et l'étendue des foyers secondaires. S'agit-il de foyers sous-capsulaires ou de propagation directe au début, il peut ne se produire aucune modification capable d'attirer l'attention. Les lésions sont-elles plus profondes ou plus étendues, on voit alors survenir soit de l'albuminurie, soit des hématuries, ainsi que l'ensemble de signes qui se rattachent aux cancers du rein. En outre, il se produit parfois de véritables coliques néphrétiques, comme l'a observé Troisier (1) chez un malade dont la cavité du bassin contenait un nodule ayant la forme d'un champignon.

Après le rein, l'organe le plus fréquemment atteint est le poumon. Ici l'infection ne se fait jamais directement. Elle peut porter sur la plèvre où elle produit de nombreuses granulations miliaires, sur les gan-

(1) Voir Obs. 20.

glions bronchiques, et enfin sur le tissu pulmonaire où elle se présente sous deux aspects : soit sous forme de foyer étendu siégeant du même côté que la tumeur, soit sous forme de nodules irrégulièrement disséminés. On n'a pas noté l'existence d'infarctus. Ces diverses lésions entraînent quelquefois l'apparition de pneumonie d'un pronostic sévère.

Le foie vient en troisième ligne. On y trouve, comme dans le rein, une propagation directe, lorsque le cancer siége du côté droit, ou bien des nodules épars, placés un peu partout, mais de préférence sur la face convexe.

En dehors de ces trois lieux d'élection, la généralisation peut porter sur tous les organes. Les ganglions rétro-péritonéaux, en particulier, sont souvent dégénérés et on suit quelquefois les progrès de l'envahissement le long de la chaîne prévertébrale. Leur accroissement peut donner naissance à des phénomènes de compression portant : soit sur les vaisseaux, soit sur les nerfs, soit sur le tube digestif. Témoin le malade dont parle Haussmann (1), chez lequel une partie des aliments s'arrêtait dans l'œsophage. Il fallait, pour les faire descendre, les pousser avec une sonde œsophagienne.

Il a été question précédemment de prétendus cas de bilatéralité primitive du cancer surrénal. Nous avons vu qu'il fallait, pour la plupart, les attribuer à la généralisation, étant donnée la différence de volume des tumeurs et la persistance de tissu sain

(1) Voir Obs. 7.

dans l'une d'elles. Cette bilatéralité est-elle de nature épithéliale, elle donne naissance à la forme rapide. Est-elle de nature sarcomateuse, elle peut ne pas s'étendre à d'autres organes, mais c'est exceptionnel.

On relève, entre autres, dans les observations, des métastases dans le péritoine, le pancréas, l'estomac, les organes génito-urinaires, le canal thoracique, le cœur. Le squelette est ordinairement respecté. Il était cependant atteint deux fois : dans un cas, un maxillaire était envahi ; dans l'autre, les lésions portaient sur les cartilages costaux. Il a été question précédemment des localisations dans le système nerveux et la peau.

Un point intéressant de l'histoire des cancers des capsules surrénales est la production de thrombose de la veine cave inférieure. Lorsque la tumeur occupe le côté droit, étant donnée la proximité de ce vaisseau, il n'est pas étonnant que, dans le cours de son développement, elle le comprime, l'aplatisse, d'où ralentissement du cours du sang, irritation locale, production d'un thrombus siégeant au-dessous de l'obstacle, pouvant même envahir la partie sus-jacente, et se continuer jusque dans le cœur, comme on peut le constater dans l'observation de Fox (1). Cette oblitération peut donner naissance à une thrombose des veines sus-hépatiques et à une apoplexie du foie, ainsi que le rapporte Pilliet (2).

(1) Voir Obs. 18.

(2) Voir Obs. 11.

Dans un cas de Kussmaul (1), la mort par embolie fut la terminaison de cette coagulation veineuse.

Cette thrombose peut ne pas être d'ordre mécanique, elle dépend parfois de la propagation cancéreuse. Chez le malade de M. le professeur Poncet, on vit à l'autopsie que la tumeur avait envoyé un prolongement à travers la veine rénale, jusque dans la veine cave.

A côté de ces vastes obstructions vasculaires, il faut mentionner la production de phlébite dans le membre inférieur situé du même côté que le cancer.

Elles donnent lieu à des oedèmes plus ou moins étendus, à de la dilatation des veines sous-cutanées abdominales et à des épanchements dans les cavités séreuses.

D'autres complications, mais plus rares, peuvent également survenir. Nous les connaissons déjà. Ce sont : la néphrite et la pneumonie, cette dernière pouvant s'accompagner d'hyperthermie.

(1) *Loco citato.*

CHAPITRE V

Diagnostic.

D'après ce que l'on vient de voir, le diagnostic du cancer primitif des capsules surrénales présente de sérieuses difficultés, car aucun des symptômes auxquels il donne naissance ne possède une valeur pathognomonique.

En présence d'une tumeur abdominale, à marche rapide, aux contours assez nets, de consistance plutôt ferme, s'accompagnant de cachexie prononcée, sans cependant entraîner de l'hyperthermie, on songe naturellement à un néoplasme malin. Mais aux dépens de quel organe ce néoplasme s'est-il développé? La mobilité des téguments, leur intégrité, écartent l'idée de tumeur de la paroi. La localisation dans la partie supérieure de l'un des flancs n'est point en faveur de son siège dans les organes hypogastriques, ni dans le mésentère.

Est-elle située à gauche : l'estomac, le pancréas, la rate, le rein et la capsule surrénale peuvent être incriminés.

Est-elle à droite : le foie, le rein et la capsule surrénale de ce côté peuvent également entrer en ligne. Il faut aussi songer aux ganglions retro-péritonéaux dans lesquels se développe quelquefois le cancer.

Une tumeur maligne de l'estomac entraînerait un ensemble de symptômes en rapport avec son évolution, tels que hématemèses, méléna, qui font ici défaut. Les néoplasmes volumineux de cet organe subissent des variations de volume suivant son état de réplétion, et la percussion, faite à son niveau, ne dénote jamais une matité complète. Elle rend un son plus ou moins obscur, mais donnant toujours à l'oreille l'impression de sonorité, ainsi que le fait remarquer Bamberger(1).

Quand la tumeur fait saillie dans la région épigastrique, entre l'estomac et le colon, on doit songer au cancer du pancréas; mais l'ictère progressif manque on ne constate pas de sialorrhée et les selles ne renferment pas de graisses. Nous savons, du reste, qu'une ponction exploratrice faite dans les néoplasmes surrénaux, donne un liquide séro-sanguinolent et non une espèce de salive, douée d'un pouvoir digestif, telle qu'on en trouve dans les kystes qui accompagnent fréquemment l'épithélioma pancréatique.

Il ne s'agit pas non plus de la rate qui donnerait une matité beaucoup plus franche, plus étalée, et ne se continuant jamais en arrière jusqu'à la colonne vertébrale.

(1) Erkrank des chylo-poet. System.

Le cancer primitif du foie est exceptionnel et, d'ailleurs, nous n'avons jamais trouvé cet organe hypertrophié. Les selles conservaient leur coloration normale et il existait plutôt de l'hypothermie.

Les néoplasmes des ganglions rétro-péritonéaux sont également très rares et s'accompagnent, dès le début, de phénomènes de compression des vaisseaux et des nerfs.

Il reste donc le rein et tout ce qui est contenu dans sa loge. C'est ici que réside toute la difficulté. On peut même dire que le diagnostic est impossible lorsque le rein est envahi.

S'agit-il de tumeur paranéphrétique ? Elle présenterait les mêmes signes physiques et donnerait lieu à la même gêne respiratoire, mais elle ne suivrait pas les mouvements du diaphragme, elle ne donnerait pas une sensation de ballottement et la douleur tardive qu'elle provoquerait serait localisée à la région lombaire, s'irradiant dans l'abdomen, les aines et le long du membre inférieur du même côté.

Ce dernier signe peut appartenir également au cancer du rein, mais il est loin d'être constant, car la lésion peut évoluer d'une manière tout à fait latente.

Le caractère essentiel, dans ce cas, est la modification des urines qui, dès le début, sont altérées. On y trouve, au microscope, des globules blancs et des traces de pus, souvent des éléments pathognomoniques du néoplasme, et l'hématurie survient, spontanée, non modifiable par le mouvement ou le repos, et s'accompagnant parfois de pseudo-coliques né-

phrétiques expliquées par l'expulsion de longs caillots cylindriques.

Toutes ces causes d'erreur étant éliminées, on se trouve en présence des capsules surrénales. En s'aidant des symptômes étudiés plus haut, on pourra peut-être placer en elles le siège de la tumeur. La constatation d'une cachexie spéciale, la situation très élevée de cette tumeur qui refoule le diaphragme, les douleurs lombaires, épigastriques, avec irradiations au thorax, l'hypothermie, la tachycardie, les modifications du pouls, les troubles gastro-intestinaux, tous ces signes enfin, réunis, mettront peut-être sur la voie du diagnostic.

CHAPITRE VI

Traitement.

Aborder la question du traitement pour une maladie qui n'a pas encore été diagnostiquée, semble bien chimérique, et cependant voici l'avis de deux chirurgiens sur cette question.

« L'extirpation, disent MM. Duplay et Reclus (1), dans leur Traité de Chirurgie, serait la seule chance de survie, puisque, dans la moitié des cas, la mort est la conséquence d'une tumeur sans généralisation; cette opération est possible d'après l'examen des pièces anatomiques. La survie n'est point en jeu, puisque l'ablation d'une des capsules surrénales ne provoque pas d'accidents. L'incision lombaire, parallèle à la douzième côte, ou, mieux encore, la laparotomie permettraient d'arriver sur le néoplasme qu'il faudrait chercher à séparer du rein en général indemne. »

Nous avons vu que la généralisation est beaucoup

(1) *Loco citato.*

plus fréquente que ne le prétendent MM. Duplay et Reclus; d'autre part, le rein étant fréquemment atteint, il faudrait, dans ce cas, en même temps que l'extirpation de la tumeur, procéder à une néphrectomie.

D'après Le Dentu (1): « Rigoureusement l'extirpation des capsules surrénales saines serait praticable chez l'homme par la voie transpéritonéale; à plus forte raison pareille opération serait-elle exécutable dans le cas où une dégénérescence quelconque aurait déterminé une augmentation de volume de ces organes, sauf réserve cependant pour les adhérences étendues et fermes qu'ils auraient pu contracter avec les parties voisines. Il est d'ailleurs absolument impossible de prévoir les facilités ou les difficultés que présenterait une intervention de cette nature, ni les résultats qu'elle pourrait donner. »

Je ne pense pas que ce chirurgien ait en vue l'extirpation des deux capsules, car, d'après les expériences de MM. Abelous et Langlois, leur ablation totale serait toujours mortelle.

De ces diverses opinions, il résulte que l'extirpation serait possible pour un cancer unilatéral, sans généralisation ni adhérences, en admettant que le diagnostic puisse être fait.

Une lésion bilatérale, des adhérences ou des signes de généralisation seraient des contre-indications formelles.

(1) *Loco citato*.

CHAPITRE VII

Observations

OBSERVATION 1 (Résumée). — Cancer des deux capsules surrénales avec noyau métastatique du cervelet. — Mort subite, par MM. Weinberg et Turquet (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*. 1897).

Mme G..., couturière, 36 ans. Pas de renseignements sur les antécédents, héréditaires. Au point de vue des antécédents personnels, on ne trouve aucune maladie dans l'enfance. Pas de syphilis ni de tuberculose. La malade a été opérée, il y a 2 ans, pour une tumeur du sein droit sur la nature de laquelle on n'a pu avoir aucun renseignement. La cicatrice était souple, sans aucune induration et les ganglions de l'aisselle paraissaient indemnes.

Un mois avant son entrée à l'hôpital, la maladie débute brusquement par des douleurs vives à la région lombaire et au creux épigastrique avec perte d'appétit. La malade a des étourdissements dès qu'elle veut se tenir debout. Anorexie très marquée. Douleurs lombaires, diarrhée avec signes de dilatation gastrique.

Quinze jours après céphalée généralisée avec paroxysmes nocturnes arrachant des cris à la malade, cris aigus d'apparence méningitique. Vomissements fréquents, pupilles égales. On prescrit de l'analgsine, de l'aconitine cristallisée sans amélioration. Le traitement antisiphilitique ne donne aucun résultat.

A son entrée à l'hôpital St-Denis céphalée occipitale sous forme de douleur lancinante ou continue avec paroxysmes nocturnes. Vomissements rares, anorexie complète. Station verticale impossible à cause de la titubation. Cris aigus pendant la nuit et le matin. Décubitus latéral en chien de fusil. Photophobie.

Organes thoraciques et abdominaux normaux. Urine sans albumine. La céphalée est toujours aussi intense malgré le traitement antisiphilitique. Pas de douleur à la pression sur le cuir chevelu et la région occipitale. Pas de raideur de la nuque.

Pas de paralysie des muscles de la face, des yeux, de la langue.

Température 38° à l'entrée et pendant trois jours, puis normale.

Mort survenue rapidement par arrêt de la respiration, six semaines après le début de la maladie, alors que la cachexie, quoique déjà assez avancée, ne laissait pas prévoir une terminaison si rapide.

Autopsie 24 heures après la mort. Dans le cervelet on trouve une tumeur occupant toute l'épaisseur du vermis inférieur. Elle était du volume d'un œuf, de consistance molle, sans limites bien nettes. Un examen microscopique extemporané des éléments de raclage de la surface a montré que cette tumeur était d'origine épithéliomateuse.

On trouve aussi un néoplasme primitif des deux capsules surrénales.

La capsule surrénale droite présente au moins trois fois son volume normal, adhère fortement aux organes voisins, pèse 25 grammes et de son extrémité supérieure part un chapelet ganglionnaire cancéreux qui longe sur une certaine étendue la colonne vertébrale.

La capsule surrénale gauche est également augmentée de volume, pèse 15 grammes et est entourée de quelques ganglions cancéreux.

L'examen histologique prouve que les deux capsules surrénales sont simultanément atteintes d'épithélioma primitif.

Dans le lobe moyen du poumon droit, aussi bien que dans le lobe supérieur du poumon gauche, nous avons trouvé quelques rares nodules probablement cancéreux.

Les autres organes sont normaux. Un peu d'hypertrophie du corps thyroïde, P. 50 gr., et du corps pituitaire : P. 6 décigr. 1/2

OBSERVATION 2. — Cancer primitif des deux capsules surrénales, par Klebs (*Hanbuch der pathologischen anatomie*, page 580).

Jean Luthi 11 ans, mort le 15 janvier 1868, à l'hôpital Jenner, de Berne, présentait un grand amaigrissement, une peau très pâle. La région buccale était un peu œdématisée, la trachée était pâle et remplie d'écume. Cœur en bon état, un peu hypertrophié à gauche ; on trouve dans son intérieur quelques noyaux fibrineux. Sur la plèvre gauche, nombreuses granulations miliaires. Dans le tissu pulmonaire, quelques nodules de consistance ferme, de couleur gris blanc, de la grosseur d'un pois. Glandes pulmonaires légèrement hypertrophiées. Le foie, un peu augmenté de volume dans son diamètre perpendiculaire, présente à sa surface de nombreux nodules qui s'enfoncent dans son tissu. Les plus gros sont placés dans le lobe gauche et ont 2 pouces de diamètre. Dans l'épaisseur du foie, on voit des nodules plus petits. Le reste de la substance hépatique paraît sain.

La capsule surrénale droite est changée en une tumeur de la grosseur du poing, globuleuse, de consistance ferme et fibreuse. La capsule surrénale gauche est transformée en une tumeur de la taille d'une pomme de terre. Elle est très adhérente au pancréas et à la rate. Dans la première on trouve encore, au centre, un léger reste de substance normale. Dans le mésentère et l'intestin grêle, on trouve de nombreuses granulations miliaires. A la partie inférieure de la seconde, se trouvait une tumeur de 2 pouces $1/2$ de diamètre ; le petit bassin était rempli par une tumeur sphérique ayant 4 pouces de haut et 3 de large, ayant pris naissance dans le péritoine de l'espace de Douglas. Cette tumeur repoussait la vessie à droite ; l'uretère droit était fortement dilaté. Les reins, la rate, l'intestin étaient sains. Le cerveau, pâle, anémié présentait dans le lobe postérieur, un foyer de 2 cent. de diamètre formé de substance plus jaune. Ventricules dilatés, la corne postérieure droite était soulevée et détachée par un kyste de la grosseur d'une noisette. Toutes ces tumeurs se composaient d'une masse dure et fibreuse. Dans leurs mailles sont incluses des masses de cellules très délicates, rondes et un peu anguleuses.

Le siège primitif du néoplasme était dans les capsules sur-

rénales, avec propagation au péritoine et généralisation dans le foie et le poumon.

OBSERVATION 3 (Résumée). — Epithélioma primitif des deux capsules surrénales, par Chaillous (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1897 page 931).

G... 27 ans, typographe, entre à l'hôpital Broussais, le 2 novembre 1897, avec des tumeurs multiples de la peau et surtout pour exophtalmie droite.

En juillet dernier, sans cause apparente, il s'aperçoit qu'il portait un peu au-dessus du mamelon gauche, une induration rouge de la peau, de la largeur d'une pièce de 5 francs ; vers la même époque, il sent dans l'aisselle gauche une masse roulant sous le doigt, peu volumineuse et peu douloureuse. Puis de nouvelles indurations apparaissent près du mamelon droit, à deux travers de doigt au-dessus du pubis, à la partie supéro-externe du creux poplité droit, à la face externe de la jambe gauche.

Il entre à St-Louis, où on lui enlève les ganglions de l'aisselle gauche et les différentes tumeurs disséminées sur le thorax et les membres inférieurs. En septembre, récurrence dans la cicatrice de la région hypogastrique. En octobre, la joue droite grossit, l'aile droite du nez se dévie en dedans, la peau devient rouge, la tuméfaction gagne la paupière inférieure et bientôt l'œil fait saillie. Un médecin ordonne de l'iodure de potassium et des frictions mercurielles. Aucune amélioration ne se produit. Le 2 novembre, le malade entre à l'hôpital Broussais. On constate chez lui une asymétrie considérable de la face. Tout le côté droit est tuméfié, la peau a des teintes variant du rose au rouge violacé, séparées par des intervalles de peau saine.

L'œil, très projeté en avant, est recouvert avec peine par les paupières œdématisées, la conjonctive est rouge et la paupière supérieure sillonnée de veines bleuâtres. La commissure labiale est déviée du côté gauche et le nez repoussé du même côté. Par la narine droite, largement ouverte, s'écoule continuellement un liquide séreux. Au-dessous de la paupière inférieure la peau présente une induration violacée, indolore, de la largeur d'une pièce de 2 francs ; au-dessous encore, noyau violacé qui

agagné l'aile droite du nez et la partie correspondante de la lèvre supérieure. On observe aussi une petite tumeur à la partie postéro-interne de la cuisse droite, une autre à la partie supérieure du creux poplité droit, deux autres plus petites à la surface externe du mollet gauche.

Chacune de ces petite masses est incluse dans la peau, ne fait point saillie et n'adhère pas aux parties profondes. Elle sont toutes dures, indolores, arrondies et violacées.

Rien dans la bouche, palais normal. Quelques ganglions peu volumineux, indolores et sans caractères roulent dans les aisselles ou au pli de l'aîne.

Le malade ne se plaint pas de sa difformité, il a conservé bon appétit, n'a pas trop maigri, et demande qu'on le débarrasse de sa tumeur. Les jours suivants, l'œil devient un peu plus saillant et, malgré cela, le malade n'accuse de ce côté aucun trouble fonctionnel. Tous les soirs, la température monte à 39 degrés et s'approche parfois de 40. On ne constate aucun trouble soit du côté du cœur, soit du côté des poumons; les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

7 novembre. — Chémosis considérable de la conjonctive. Depuis deux jours le malade dit avoir perdu l'appétit et ne boit dans la journée que quelques tasses de lait.

8 novembre. — Température 39°6.

9 novembre. — Température 38°8 le matin et 39°9 le soir.

10 novembre. — Température 38°8 le matin et 40°2 le soir. Le malade a déliré toute la nuit. La langue est sèche, l'haleine fétide.

11 novembre. — Le délire augmente, on est obligé d'attacher le malade.

Température 39°4 le matin et 39°6 le soir. Pouls 140, faible.

Respiration 28. Lèvres desséchées.

12 novembre. — Température 39°4 le matin et 40°4 le soir. Pouls 128. Respiration 34. Dans la soirée le malade est un peu agité, l'œil est moins saillant, et l'asymétrie faciale a beaucoup diminué.

13 novembre. — Le malade a passé une nuit assez calme. Température 39°2 le matin, 39°4 le soir. Pouls toujours rapide. Langue rôtie, lèvres desséchées, haleine fétide. Dans l'après-

midi il peut répondre à quelques questions et dit qu'il se trouve bien.

Il meurt la nuit suivante, douze jours après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — L'asymétrie faciale est moins nette que le jour de l'entrée à l'hôpital. Il n'existe pas d'autres indurations que celles décrites plus haut. On enlève la petite tumeur cutanée du creux poplité. Cœur, cerveau et poumons ne présentent aucune altération. Le foie, un peu congestionné, pèse 1.900 grammes et la rate, ramollie, 375 grammes.

Les capsules surrénales sont remarquables par leur poids et leur volume. La gauche pèse 265 grammes et le rein correspondant 135 grammes. La capsule droite pèse 195 grammes.

Au-dessus du rein gauche et le coiffant, tout en empiétant sur la face postérieure, on voit une masse triangulaire, aussi volumineuse que le rein et revêtue d'une enveloppe cellulo-adipeuse. On la décolle facilement du rein auquel la rattache un pédicule vasculaire. A la palpation, la tumeur est molle, avec un noyau plus dur à la partie inférieure et interne. Quand on a décapsulé la tumeur, on voit qu'elle a l'aspect d'un caillot organisé, teinté de noir, avec un fond grisâtre.

Sur une coupe médiane, traversant la tumeur dans son grand axe, on voit qu'elle se compose d'un noyau central, blanc, dur, strié et d'une enveloppe épaisse d'un demi-centimètre. La face interne de cette enveloppe est irrégulière, présente des anfractuosités dans lesquelles viennent se loger de petits caillots de sang noir. La masse périphérique s'écrase sous le doigt, le noyau central résiste à la pression. La capsule surrénale droite, plus petite, présente le même aspect intérieur et la même configuration.

Les reins ne présentent aucune lésion macroscopique. Le maxillaire supérieur contient une sorte de boue gélatineuse qui le remplit entièrement; ses parois n'en sont pas altérées.

Examen microscopique — Les pièces ont été fixées par l'alcool, paraffinées, colorées à l'hématoxyline et à l'éosine.

Sur une première coupe, on voit nettement se dessiner deux masses: l'une représente le caillot, formé de globules irréguliers pressés les uns contre les autres et ne conservant presque rien de leur aspect primitif. L'autre masse se compose à

son tour de deux parties qui se confondent peu à peu. La région périphérique est formée de cellules disposées en séries régulières, séparées par des travées également en rayons réguliers. Mais bientôt cette régularité disparaît, les cellules se disséminent, se multiplient, se séparent les unes des autres tandis que s'épaississent, au contraire, les travées qui les séparent.

Sur une seconde coupe, les travées régulières manquent partout, et les cellules de néoformation ont tout envahi.

Sur une coupe des noyaux indurés de la peau, on aperçoit la partie profonde de ces noyaux remplie de cellules polygonales. Ces cellules commencent à envahir le derme, mais en petit nombre. Foie normal et rein légèrement sclérosé.

M. Gombault, après examen des capsules surrénales et des tumeurs de la peau, a conclu à l'existence d'un épithélioma primitif des capsules surrénales avec localisations secondaires de la peau.

OBSERVATION 4 (Résumée). — Cancer primitif des capsules surrénales (*British medical Journal*, 5 octobre 1889, p. 766), par le Dr Allan Perry.

C. M..., 23 ans, entre à l'hôpital le 4 juin 1887. Elle avait la peau jaunâtre, mais non franchement bronzée. Elle se plaignait de souffrir depuis plusieurs mois d'une forte douleur abdominale localisée au niveau de la vésicule biliaire et vers le creux épigastrique. Sensibilité spéciale au niveau des dernières vertèbres dorsales. Vomissements constants, diarrhée fréquente et sueurs profuses ; la température s'élève légèrement jusqu'au 14. Elle redevient normale et reste telle jusqu'à la mort. 15 jours après l'entrée à l'hôpital, l'état s'aggrave ; on donne des sédatifs légers mais sans résultat. Faiblesse extrême. Pouls très faible, peau moite ; l'état devient de plus en plus mauvais. Mort avec délire le 13 juillet.

Autopsie. — Augmentation de volume des capsules surrénales. La droite pèse un quart d'once et la gauche une once. Structure de la capsule droite ferme ; la surface de section présente un grand nombre de nodules jaunâtres allant de la grosseur d'un grain de millet à celle d'une noix. Ceux de la capsule gauche étaient les plus gros. Il y avait, à la face antérieure, une ou-

verture étoilée qui paraissait être le résultat de l'ouverture d'un de ces nodules.

Autres organes normaux.

Examen microscopique. — Les nodules ont l'aspect de sarcomes à cellules fusiformes.

OBSERVATION 5 (Résumée). — Cancer bilatéral des capsules surrénales avec néphrite. — Observation de Fraenkel (*Archives de Virchow*, 1886, livre 103, page 244).

Minna Rose, 18 ans, entre, le 11 décembre 1884, dans la clinique de Fribourg. Pas d'antécédents héréditaires. A 14 ans, elle eut probablement la scarlatine, trois mois après elle eut une maladie des yeux dont elle souffre encore. Réglée à 14 ans et régulièrement depuis jusqu'à l'année 1884, où elle eut des règles irrégulières, survenant tous les quinze jours ou toutes les trois semaines.

Début de la maladie actuelle en hiver 1883. Brusquement, vers 9 heures du soir, violentes palpitations, angoisses, vertiges et douleurs de tête. Cela dure quelques minutes puis tout rentre dans l'ordre; quatre mois après nouvelle rechute. Troisième rechute en été 1884. A partir de ce moment, la situation s'aggrave, céphalée et vomissements, douleurs dans les articulations du membre inférieur.

Depuis quatre semaines : faiblesse de la vue, céphalée, vertiges, vomissements avec un peu de fièvre. Elle se couche, son état s'aggrave, elle entre à l'hôpital.

A l'entrée : constitution moyenne, teint pâle. Elle se plaint d'avoir un brouillard devant les yeux. Elle a aussi de la céphalée, des vertiges et des palpitations. Température normale, pouls augmenté de fréquence : 112. Tension artérielle un peu augmentée, néanmoins les artères ne sont pas dures. Pouls fort et régulier. Respiration augmentée de fréquence. Rien aux poumons. Rétinite albuminurique caractéristique aux deux yeux. Pupilles égales. Dans les urines beaucoup d'albumine, peu de cylindres et d'épithélium. Sels de chaux amorphes et cristallisés.

Cœur normal, régulier, cependant un peu d'éréthisme cardiaque. Pulsation épigastrique. deuxième bruit éclatant à l'aorte et à l'orifice pulmonaire. Le premier bruit est un peu soufflé à

l'orifice pulmonaire. Les bruits du cœur se propagent très loin à droite. Pas de pouls veineux. Le pouls carotidien est apparent ; légère pulsation de la jugulaire.

Foie normal. Pas d'œdème ni d'épanchements dans les séreuses. Rate normale. Hypertrophie du corps thyroïde.

La langue est peu chargée et la figure a une expression de souffrance.

14 décembre. — Dans la soirée du 13, malaises puis vomissements. Pendant un examen ophtalmoscopique ; syncope, sueurs froides suivies de vomissements. A 1 heure du matin, brusquement, violentes palpitations. La céphalée, qui avait débuté dans la soirée, augmente d'intensité ; la malade devient pâle. Pouls petit, un peu irrégulier, très fréquent. Cyanose et connaissance altérée. Agitation extrême. Le lendemain elle est abattue mais la céphalée a diminué. Pouls variable : 120 à 180 pulsations, assez petit et mou. Faible quantité d'urine contenant beaucoup d'urates. On lui donne de l'infusion de digitale. Le soir elle se porte mieux, faibles douleurs de tête, pouls toujours fréquent, assez fort et régulier.

15 décembre. — Peu de sommeil, vision voilée. Palpitations, vertiges et céphalée continuent. La pulsation cardiaque est plus forte, petit souffle systolique à l'orifice pulmonaire. On donne du bromure de potassium.

16 décembre. — Nuit meilleure. Les urines ont augmenté. 1,200 centimètres cubes. Il y a plus d'albumine. Les selles ne se produisent qu'à l'aide de lavements.

17 décembre. — Epistaxis, vomissements, douleurs stomacales, sensibilité à la pression dans la région stomacale. Céphalée violente qui diminue un peu dans la soirée. Pouls fréquent malgré la digitale, vomie en partie, mais régulier, éclatant, plein. Respiration irrégulière, plus fréquente. Pupille gauche plus dilatée que la droite. Toutes les deux réagissent bien à la lumière. Fente palpébrale moins large.

18 décembre. — Nuit agitée dont le malade n'a pas souffrance ; nouveaux vomissements. Plus d'albumine dans les urines qui deviennent claires le soir. La respiration devient alors normale.

19 décembre. — Urine : 800 centimètres cubes. D = 1017. Pouls petit et fréquent = 120. Vomissements teintés de bile.

20 décembre. — Urine: 600 centimètres cubes. D—1015. Beaucoup d'albumine et d'acide urique. Cylindres hyalins abondants, peu de globules sanguins, un peu d'épithélium rénal. La malade présente un peu d'œdème des malléoles. Pouls moins fréquent: 120 pulsations. A la radiale, pouls faible, dépressible. Le choc de la pointe s'élargit et se perçoit dans le 4^e espace à deux doigts en dedans de la ligne mammaire, plus faiblement dans le 5^e et encore plus dans le 6^e. La matité cardiaque n'atteint pas tout à fait la ligne mammaire; elle est absolue jusqu'au bord gauche du sternum, elle s'étend jusqu'au 4^e cartilage costal. Les bruits du cœur sont normaux. Léger souffle extra-cardiaque systolique sur le bord gauche du sternum. Douleurs à l'angle de la mâchoire inférieure à droite. Une pression dirigée vers les amygdales est douloureuse. Pas de rougeur normale. La luette est un peu tirée à droite et en avant. Nouveaux vomissements vers 9 heures du soir. Digitale toutes les trois heures. Aggravation des phénomènes ophtalmoscopiques.

Diagnostic. — Néphrite chronique, probablement interstitielle.

Injection de pilocarpine qui est suivie de dépression cérébrale et de douleurs thoraciques ressemblant à des coliques. Sueurs et salivation abondantes. Pouls moins fréquent, plus fort mais devenant par moment presque imperceptible et très fréquent. Respiration troublée, 40 à 50 par minute. Dyspnée. Une heure après l'angoisse a diminué. Pouls petit, fréquent: 150, mais régulier. Respiration calme, régulière. Douleurs dans le cou. Puis les sécrétions diminuent, le pouls conserve les mêmes caractères. La malade se plaint de douleurs dans le cou résultant probablement des efforts de vomissements. Ceux-ci reprennent. Douleurs au cœur. Sensation de mort prochaine avec plaintes et troubles dans les idées. Nouveau vomissement, puis la malade se couche sur le côté, se refroidit et meurt.

	Température		Pouls		Respiration	
11 décembre	»	37	»	»	»	»
12 »	37.4	37.1	112	112	»	24
13 »	37	36.6	»	»	»	»
14 »	37.8	37.2	»	120-180	»	28
15 »	37.9	37.6	136	128	28	30
16 »	38	37.4	136	142	»	»
17 »	38.1	37.9	160	152	»	30
18 »	38.4	37.8	120	136	»	»
19 »	37.4	36.6	120	140	»	»
20 »	37	»	120	»	»	»

Autopsie. — Pas d'altération microscopique des reins. Légère hypertrophie du cœur. Hémorrhagies sous l'endocarde et entre les fibres musculaires, dans le tissu conjonctif des bassinets, de la vessie, de l'intestin et, en outre, deux tumeurs dont l'une de la grosseur du poing, appartient à la capsule surrénale gauche, et l'autre, de la grosseur d'une noisette, à la capsule droite. On trouve aussi un léger épaissement de la paroi des artères. L'examen microscopique des reins ne dénote qu'une inflammation parenchymateuse de date récente.

Examen des capsules surrénales. — La tumeur de la capsule surrénale gauche, plus grosse que le poing, est extraordinairement molle à l'état frais. Elle est environnée d'une masse considérable de tissu graisseux. Elle a une membrane d'enveloppe en forme de capsule, sillonnée de nombreux vaisseaux. La surface de section offre un aspect difficile à reconnaître. La masse semble tout entière composée de sang épanché. On y voit quelques cavités : les unes comme un pois, les autres comme une noix qui, par la pression, laissent échapper le sang qu'elles renferment. On met une des moitiés de la tumeur dans l'alcool, l'autre dans le liquide de Muller. On pratique l'examen un mois après.

Aspect macroscopique. — Les deux moitiés, surtout celle qui se trouvait dans le liquide de Muller sont très molles et très fragiles. C'est à peine si on peut faire des coupes suffisamment minces. La moitié qui a été mise dans l'alcool présente des différences de couleur notables. Les coupes vont du gris rouge au rouge sombre. En certains endroits elles sont pointillées, en certains autres striées de gris noir. L'autre moitié, sous l'influence du liquide de Müller, a perdu son aspect rouge. Les coupes ont un aspect marbré de jaune brun allant jusqu'au brun sombre. Les endroits qui, dans la coupe précédente, paraissaient gris noir, sont ici d'un noir franc. On examine la moitié plongée dans l'alcool ; celle qui a été mise dans l'acide chromique n'ayant pas une consistance suffisante, est placée dans la celloïdine et on en fait des coupes au microtome. On colore ensuite les préparations à l'hématoxyline, au carmin neutre, au lithio-carmin, au violet de gentiane et à l'acide osmique.

Examen microscopique. — Tumeur entourée d'une capsule de tissu conjonctif, épaisse d'environ 1/2 millimètre et dure ; masses graisseuses à l'extérieur. Dans la partie extra capsulaire, on remarque déjà des extravasations sanguines dans les mailles. On voit même, dans la capsule, à mesure que l'on s'approche de l'intérieur de la tumeur, les travées de tissu conjonctif séparées les unes des autres par des masses sanguines de plus en plus considérables. Dans la tumeur, on voit une grande quantité de globules rouges, quelques points du champ du microscope en sont couverts.

Une partie de ce sang est diffusée dans les mailles et les fentes du tissu néoplasique et dans les interstices du tissu conjonctif de la capsule, mais la plus grande partie est renfermée dans des vaisseaux et des espaces sanguins plus ou moins grands qui paraissent ou bien n'avoir aucune membrane propre et être limités par les cellules de la tumeur, ou bien posséder pour toute membrane un endothélium. On voit non seulement des vaisseaux absolument formés, mais aussi des vaisseaux en voie de formation. Ces détails sont surtout visibles sur les préparations traitées par l'acide osmique. On trouve même des communications entre les espaces sanguins et les vaisseaux à parois. A l'extrémité de certains vaisseaux, on trouve un amoncellement de cellules endothéliales. En certains endroits, les prolongements vasculaires ne sont pas homogènes, ils sont allongés en entonnoirs et leur cavité est remplie de globules rouges. En d'autres endroits, ces prolongements vont directement entre deux vaisseaux. Ils ne sont encore ni solides ni tout à fait creux. Plus loin, ces prolongements ne sont pas toujours simples, non ramifiés pour aller d'un vaisseau à l'autre. Non seulement avant de l'atteindre, mais même avant d'être sortis du premier stade de leur développement, ils envoient des pointes d'accroissement qui se ramifient au loin. De cette façon, se forment en beaucoup de points des réseaux absolument fermés composés en partie de vaisseaux entièrement formés, en partie de vaisseaux en voie de formation. Déjà dans ce territoire vasculaire on remarque des dépôts de pigment. Dans la partie externe de la capsule, on voit en beaucoup d'endroits, en dehors des globules sanguins qui y sont retenus, un pigment granuleux, jaune, libre, non con-

tenu dans des cellules. Dans la masse elle-même, on ne voit que peu ou point de pigment libre ; par contre, on y trouve de grosses cellules dont une partie a un gros noyau très visible, contenant un pigment jaune clair, brun en certains points. Ces espèces de cellules pigmentaires sont disséminées ou rassemblées en petits groupes dans les fentes des tissus ; beaucoup se trouvent au milieu de lacs sanguins, entourées de globules rouges. Il est à remarquer qu'en beaucoup de points il y a une couronne complète de cellules pigmentées entourant une masse sanguine et formant, en quelque sorte, une paroi de vaisseau. En d'autres endroits, cette paroi n'est pas fermée, quelques cellules se sont séparées et parfois on en trouve encore en place. Entre ces masses sanguines se déploient les masses cellulaires. On rend les formes des cellules plus distinctes par l'acide osmique. Ce sont de grosses cellules semblables à des cellules géantes, de forme irrégulière, à protoplasma finement granuleux avec deux noyaux, et même plus, contenant chacun de un à trois nucléoles. Beaucoup plus nombreuses sont les grandes cellules fusiformes à protoplasma granuleux, mais seulement avec un noyau et un nucléole.

Pas de disposition typique de ces masses de cellules qui sont serrées les unes contre les autres, séparées parfois par des extravasations sanguines. Fréquemment on trouve des amas cellulaires issus hors des mailles et libres dans le champ du microscope. Là où ils sont restés en place, ils sont accolés aux vaisseaux. Particulièrement pour les vaisseaux étroits à parois parallèles qu'on suit pendant une longue étendue, et pour les vaisseaux adultes, on voit clairement que ces masses cellulaires ne sont pas séparées de la colonne sanguine, ou le sont seulement par une couche de cellules endothéliales. En de rares endroits, très limités, des amas de grosses cellules, en partie pigmentés, en partie sans pigment, présentent une disposition franchement alvéolaire. Autour de ces amas se trouve un ruban assez large de tissu strié à fins noyaux.

Sur des coupes prises un peu partout dans la tumeur, tantôt le dépôt pigmentaire était très abondant, tantôt l'extravasation sanguine l'emportait sur les amas cellulaires, tantôt c'était le contraire. Nulle part on ne constatait de différence plus essentielle.

Il s'agissait donc ici d'un angio-sarcome.

Examen de la petite tumeur. — Tumeur grosse comme une noisette, ayant à l'état frais une consistance molle mais cependant pas si en bouillie que la grosse tumeur. Sur la surface de section, elle paraît rouge gris, n'est pas nettement limitée par le tissu surrénal normal qui l'entoure et est facilement reconnu macroscopiquement.

Toute la capsule droite fut durcie dans le liquide de Muller ; elle était plus consistante que l'autre ; on la mit cependant dans la celloïdine. Sur la coupe, la tumeur présente une teinte jaune uniforme, semblable à celle de la capsule surrénale, mais cependant assez distincte pour pouvoir distinguer les limites des deux tissus. Au microscope, les limites de la tumeur ne sont pas bien tranchées. Elle est entourée de tous côtés par du tissu normal caractéristique. La couche limitante marquée par le dépôt pigmentaire est encore intacte en quelques points, en d'autres elle ne l'est plus. On ne peut rien tirer de plus de la disposition réticulée de la substance médullaire. Par contre, on voit de grosses cellules, riches en protoplasma, avec un ou plusieurs gros noyaux semblables aux cellules de la moelle en voie de progression. Ces noyaux atteignent, en partie, deux ou trois fois la grosseur des noyaux des cellules médullaires normales. La disposition des masses cellulaires rappelait la forme des amas cellulaires de la moelle, mais elles perdaient d'autant plus leur forme typique qu'elles se rapprochaient davantage du centre de la tumeur. Chaque cellule, prise isolément, changeait aussi graduellement. Les grosses cellules devenaient plus rares, mais le tissu devenait plus riche en cellules. Au début, le nombre des cellules rondes était encore considérable, mais celles-ci deviennent rares au centre de la tumeur, exclusivement composé de cellules fusiformes. En certains endroits de la ligne de démarcation, entre la tumeur et le tissu normal, on remarque, près des vaisseaux, une infiltration de petites cellules tout à fait circonscrite qui, en d'autres endroits, sont changées en partie en tissu conjonctif. En plusieurs points, ces sortes d'amas ont l'aspect de noyaux fibreux. Pas d'allongement ni d'élargissement des vaisseaux.

Il s'agit ici d'un sarcome.

OBSERVATION 6 (Résumé). — Sarcome des deux capsules surrénales avec métastases dans les reins, le pancrêas et le cœur droit, par ROSENSTEIN (*Virchow's Archiv.* Bd 84, 1881, S. 322).

Chr. Volmers, 40 ans, cigariier, jadis en bonne santé, ressent depuis 6 mois une douleur dans la région lombaire. Diminution de l'appétit, faiblesse générale qui le force à cesser tout travail. Depuis sept semaines, douleurs dans la région stomacale avec irradiations en arrière et à gauche; ces douleurs n'augmentent pas après les repas. D'après son médecin, il aurait présenté de la température.

A son entrée (16 novembre 1876) maigreur extrême, yeux excavés, apophyses zygomatiques très saillantes. Peau et conjonctives pâles. Pouls petit, mou, régulier, fréquent: 110 à 112 pulsations. Température = 36°8 le matin et 37°4 le soir.

Langue non chargée, pas d'appétit. Selles pénibles. Urines rares, 820 cc. en 24 heures; D = 1017, foncées, ni sucre, ni albumine. Rien d'anormal dans la structure du thorax. Poumon et cœur sains. Base du thorax élargie. Voussures des hypocondres en particulier de l'hypocondre gauche. Hypogastre moins saillant, épigastre plus saillant. Palpation donne une sensation de résistance surtout dans la moitié gauche de l'épigastre. Si on la fait profonde, on réveille de la sensibilité. Douleurs spontanées dans les reins surtout quand le malade passe de la position couchée à la position assise; dans cette dernière position, la douleur est vive. Le foie ne dépasse pas le rebord des fausses côtes, hauteur sur la ligne mammaire = 15 cm., sur la ligne blanche = 12 cm. Rate augmentée de volume.

Dans les jours qui suivent l'entrée, peu de changements. Perte totale de l'appétit. Le pouls augmente de fréquence = 120. La température ne s'élève pas au-dessus de 37°8, malgré l'apparition de taches de gangrène bleu noir sur l'aile droite du nez et sur l'oreille. La gangrène ne s'étendit pas, la mort survint le 15 décembre après une perte de poids de 3 kilogr. pendant la dernière semaine.

Autopsie. — Taille 1 m. 69. Poids 42 kilogr. Raideur cadavérique. Nombreuses taches livides à la région lombaire.

Cœur. — Dans la paroi du ventricule droit, on trouve deux noyaux de la grosseur d'une noisette, de consistance moyenne,

de coloration blanche et occupant toute l'épaisseur du muscle. L'un de ces noyaux présente une petite ouverture, grâce à laquelle on peut pénétrer avec une sonde dans la veine coronaire. Poids du cœur 220 gr.

Abdomen. — Grosse tumeur dans l'hypocondre gauche. Elle s'étend de la face postérieure de l'estomac jusqu'aux reins ; pareille tumeur existe dans l'hypocondre droit. Les deux tumeurs sont en rapport direct avec les reins, si bien qu'il est difficile de les en séparer.

A la face convexe du rein gauche (partie inférieure) on voit un noyau blanc de la grosseur d'une noix, proéminent. La partie supérieure de ce même rein tient à la tumeur citée plus haut, laquelle se prolonge dans la substance médullaire de la capsule surrénale. Sur la coupe du rein, la substance médullaire est séparée de la tumeur par une partie très rouge. La substance corticale et la substance médullaire sont nettement séparées. La consistance de la tumeur est molle, sa longueur dépasse de beaucoup celle du rein. A droite, tumeur semblable, mêmes rapports avec le rein. Néanmoins on en sépare plus nettement que de l'autre côté une partie saine de capsule surrénale.

Pas d'altération de l'estomac. Sa face postérieure couvre la partie supérieure de la tumeur gauche. Une partie du bord inférieur du foie est unie à la tumeur droite. La face supérieure du foie est lisse. Poids = 1500 gr.

La partie inférieure de la rate est couchée sur la tumeur gauche. Poids = 150 gr.

Le pancréas a de faibles adhérences avec la tumeur gauche, il possède 3 noyaux proéminents. La structure de toutes ces tumeurs est celle des sarcomes à petites cellules.

A considérer la taille relative de ces tumeurs, on peut dire que le point de départ est dans les capsules surrénales.

Les coupes fraîches et durcies dans l'alcool, faites avec les ganglions du sympathique abdominal sont normales. C'est ce qui permet probablement d'expliquer le défaut de coloration bronzée de la peau.

OBSÉRVATION 7. — Cancer primitif des deux capsules surrénales, métastases dans presque tous les viscères, mais surtout dans l'estomac et dans l'intestin. Evolution tout à fait latente, sans peau bronzée, par Raphaël Haussmann (de Méran) (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1876. Résumée dans la *Revue de Hayem*, 1880).

Homme de 62 ans dont un frère et une sœur sont morts de phtisie pulmonaire. Lui-même a toujours été bien portant jusqu'il y a trois ans, où, en voulant monter en wagon, il est tombé sur le rail, entre le quai et les roues du train stationnant. Depuis lors, il a des insomnies peu ordinaires. Les digestions et son appétit se sont altérés, il est constipé; enfin il ressent dans le mamelon droit un sentiment de pression et de distension. Une cure à Kissingen, l'été dernier, n'a fait qu'empirer ses souffrances; au contraire, de petites hémorroïdes l'ont un peu soulagé. A la suite d'un refroidissement, il eut du catarrhe des deux poumons, des crachats sanguinolents et de la douleur au niveau du lobe inférieur du poumon droit, à la limite de cet organe avec le foie. L'expectoration sanglante a persisté longtemps, mais toujours en faible quantité.

Pâleur, extérieur misérable, amaigrissement extrême, squelette peu développé. Thorax paralytique : les deux sommets pulmonaires (le droit surtout) fonctionnent mal et présentent, en avant, un certain degré de matité. A l'auscultation, rien au sommet droit; à gauche, murmure à peine appréciable. A la base droite, en arrière, matité considérable avec respiration indistincte et respiration bronchique en un point voisin de la ligne axillaire. Râles secs. Rien au cœur. Foie normal. Rate volumineuse. Artères radiales dures; assez souvent une partie des aliments s'arrête dans l'œsophage et il faut les pousser avec la sonde œsophagienne. Une cure de raisin, instituée par l'auteur, dut être bientôt suspendue à cause du pyrosis qu'elle déterminait chez le patient.

Quelques jours avant la mort, point de côté à la base du poumon droit, rien de nouveau à la percussion ni à l'auscultation; crachats rouillés, température ne dépassant pas 38°; faiblesse extrême, inappétence absolue, quatre jours avant la mort, frottements dans la ligne axillaire droite.

Autopsie par le professeur H. Kobner, de Breslau. — Coloration normale des téguments. Dans la fosse sus-claviculaire

droite, paquet de ganglions volumineux durs, fibreux et blanchâtres à la coupe. Un peu de sérosité claire dans la plèvre droite. Sous la plèvre costale, entre la troisième et la cinquième, entre la septième et la neuvième côtes droites, entre la deuxième et la cinquième côtes gauches, nombreuses nodosités blanches, visibles par transparence, dures, de volume variant d'un pois à une amande, uniformément blanches à la coupe, denses et ne renfermant pas de suc. On en trouve de semblables, ayant la forme de petits ganglions, entre les faisceaux du pectoral droit. Faibles adhérences du sommet droit. Dans l'épaisseur de la plèvre pulmonaire droite, on aperçoit, par transparence, quelques nodosités blanches, aplaties, ne pénétrant pas dans le parenchyme. Hépatisation grise de la moitié inférieure du lobe inférieur droit : foyers nombreux de péri-bronchite suppurée. C'est au niveau de ce lobe que les petites tumeurs de la plèvre pulmonaire sont le plus serrées les unes contre les autres. Coque fibro-cartilagineuse, revêtant le sommet gauche. Ganglions rétro bronchiques formant une masse plus volumineuse qu'un poing d'enfant, à parois caséuses ; ils rétrécissent, à ce niveau, l'œsophage dont les parois sont d'ailleurs normales ; deux onces de sérosité dans le péricarde. Dilatation du cœur, surtout dans la moitié gauche. Myocarde pâle, un peu friable, plaques athéromateuses innombrables de l'aorte thoracique et abdominale. Artère splénique ossifiée, par places, dans toute son épaisseur avec plis rayonnants de la membrane interne.

Sur les deux faces de l'estomac, faisant une légère saillie à l'extérieur, on aperçoit de 5 à 8 nodosités blanchâtres disséminées. Ni le cardia, ni le pylore, ni les courbures n'en présentent. La muqueuse gastrique ne présente pas d'autres lésions que ces nodosités circonscrites qui proéminent beaucoup plus en dedans qu'en dehors ; elles sont situées entre la muqueuse et la musculieuse. Au sommet des nodosités les plus volumineuses, la muqueuse est ulcérée et il en résulte une dépression cupuliforme ou ombiliquée. Sur toutes les anses intestinales, aussi bien à la face postérieure qu'à l'antérieure, mais jamais au niveau de l'insertion mésentérique, apparaissent, par transparence, les mêmes nodosités disséminées, de dimensions variables, la plupart blanches, quelques-unes partiellement hé-

morrhagiques. Muqueuse de l'intestin grêle légèrement tuméfiée, semée de nombreux points noirâtres et présentant au-dessous d'elle, à des distances variables de un pouce et demi à trois pouces, entre les valvules, des nodosités de la grosseur d'un pois ou d'un haricot. Dans le gros intestin, mêmes tumeurs, mais 2 ou 3 fois moins nombreuses; ganglions mésentériques et rétro-péritonéaux, tuméfiés, durs et blancs.

Les capsules surrénales forment des tumeurs considérables, irrégulièrement triangulaires, à angles arrondis. La droite a un pouce $1/2$ de haut, $3/4$ de pouce d'épaisseur. La gauche, dont l'épaisseur est la même, a une hauteur encore un peu plus grande. Leur surface est bosselée, grâce à la présence de nodosités blanches, extrêmement nombreuses, quelques-unes déjà ramollies partiellement à l'intérieur. Dans les coupes, on constate une infiltration uniforme par une masse blanche, ramollie, friable en beaucoup d'endroits et formant de petites cavités. Dans cette masse on aperçoit de nombreuses hémorragies à la limite probable de la substance médullaire qui est le siège de cette infiltration diffuse et de la substance corticale qui présente des nodosités encore distinctes. Toutes ces lésions sont plus avancées dans la capsule gauche. Les reins, le foie, la rate offrent, à la surface, des nodosités rares, blanches, aplaties; on en retrouve quelques-unes dans l'épaisseur du parenchyme hépatique, dans lequel elles se délimitent nettement. Le pancréas contient aussi quelques nodosités. Les reins sont volumineux, un peu hyperémiés, mais d'ailleurs sains à la coupe, sauf en un point du rein droit où se trouve une dépression extérieure qui, sectionnée, représente grossièrement un cône de substance compacte jaune pâle; dans le voisinage se voient aussi deux étroites bandes jaunâtres. Rate un peu hypertrophiée, ramollie, couleur, chocolat, renfermant dans son tiers inférieur, quelques nodosités blanches, dures, nettement circonscrites, ayant les dimensions de noyaux de cerises. Dans la vessie, au-dessous de la muqueuse, à la limite supérieure du triangle de Lieutaud, se trouve, à droite une tumeur aplatie semblable. Dégénérescence amyloïde commençante du lobe gauche.

Au microscope, après durcissement dans le liquide de Muller et l'alcool, les nodosités apparaissent formées d'innombrables

Les cellules à protoplasma finement granuleux, contenant de 1 à 3 gros noyaux, très serrées les unes contre les autres, et offrant les calibres et les formes les plus variés (ovales, rondes, pyriformes, coudées); entre ces cellules sont encore visibles de loin en loin des restes de stroma avec des corpuscules conjonctifs. C'est dans les nodosités des capsules surrénales que les mailles du stroma sont les plus rares. Le protoplasma de toutes les cellules est graisseux, et on y trouve, en outre, des globules granuleux et des cellules géantes à noyaux multiples. Partout ces nodosités sont isolées du tissu sain par des tractus plus ou moins épais de tissu conjonctif.

OBSERVATION 8 (Résumée). — Carcinome primitif de la capsule surrénale droite, par Sapelier (*Progrès Médical*. Paris 1881, page 793).

Becker, 50 ans, ébéniste, entre le 4 janvier à l'hôpital St-Antoine. Père mort alcoolique à 34 ans, mère morte d'une fluxion de poitrine à 55 ans. Un frère et deux sœurs morts très jeunes. Ni cancer, ni syphilis, ni tuberculose. Le malade a eu, il y a 15 ans, du rhumatisme polyarticulaire avec fièvre qui a nécessité un séjour de 3 mois à l'hôpital. Rien au cœur. Il y a 3 mois il a été pris de diarrhée persistante sans cause appréciable et en même temps il a éprouvé quelques douleurs de rein. Il y a six semaines apparition d'œdème des jambes plus marqué à la fin de la journée. Urines normales. Le malade maigrit rapidement, perd l'appétit et les forces et cesse de travailler.

A son entrée, on constate un grand amaigrissement, mais pas de teinte cachectique ni cancéreuse. Œdème des membres inférieurs et du scrotum, ventre un peu ballonné et contenant une petite quantité de liquide. Pas d'œdème de la face, ni de modifications de la pigmentation.

Diarrhée assez abondante, non sanglante, pas de vomissements. Foie, rate, intestins semblent normaux. Un peu d'épanchement dans la plèvre gauche, rien au cœur. Les urines sont peu colorées, en quantité assez considérable et avec une quantité notable d'albumine. Pas de sang, pas de mucus, ni éléments figurés.

Février. — La diarrhée disparaît, l'épanchement thoracique reste le même, les urines conservent le même caractère. L'amaigrissement

grisement et la faiblesse s'accroissent. Pas de mélanodermie.
11 mars. — Mort lente et sans souffrances.

Autopsie. — On trouve un litre de liquide citrin dans la plèvre gauche. Pas d'adhérences pleurales. Poumons légèrement congestionnés et présentant quelques lobules emphysémateux. Rien au péricarde, rien au cœur. Rate et foie normaux. Dans la région rénale on trouve trois masses : deux reins et une tumeur.

La masse unique qui était à gauche est le rein gauche encore coiffé de sa capsule surrénale saine. Il présente l'aspect du gros rein blanc.

A droite on trouve le rein plus volumineux que le rein gauche. Il est irrégulier, bosselé à sa partie supérieure qui, à la coupe, présente un aspect identique à celui de la troisième masse. Celle-ci a la forme d'un rein, mais la décortication est impossible et à la coupe on reconnaît un carcinome sans trace de structure rénale. L'examen histologique a confirmé le diagnostic.

Pas de généralisation ganglionnaire. On a donc ici un carcinome encéphaloïde primitif de la capsule surrénale droite avec propagation secondaire au rein correspondant.

OBSERVATION 9. — Cancer de la capsule surrénale droite pris pour un kyste hydatique du foie, par Heitter (*Wiener medizinische Presse*, 5 septembre 1875).

Mayer, A., âgée de 51 ans, tomba de sa hauteur dans la rue, à la suite d'un étourdissement ; on la transporte à l'hôpital pour des contusions multiples. Elle est placée dans un service de chirurgie. Lorsque les contusions furent guéries, on la fit passer dans un service de médecine.

C'est une malade peu intelligente, qui ne peut donner que des renseignements sans précision. Elle dit seulement qu'il y a huit ans, elle est tombée sur le côté droit, et que, depuis lors, une tumeur s'est développée dans la région et est devenue douloureuse, il y a trois ans seulement. Pas d'ictère, pas d'œdème ni de teinte cachectique. Toute la moitié du tronc, depuis la cinquième côte jusqu'au niveau de l'ombilic est très saillante. L'augmentation de volume s'étend jusqu'à l'épigastre. Le sommet acuminé de la tumeur correspond à l'espace qui se trouve compris entre la ligne mammaire droite prolongée, la ligne blanche et le bord inférieur de la dernière côte. Les

aires costales sont un peu élevées en dehors; les espaces intercostaux ne sont pas effacés. A la percussion, on ne trouve rien d'anormal dans le poumon. Matité s'étendant de la quatrième côte droite jusqu'au niveau de l'ombilic, et à gauche jusqu'à la ligne mammaire prolongée. Dans les inspirations profondes, la matité subit un léger déplacement. Le bord du foie est sensible au niveau de la cicatrice ombilicale; il est généralement oblique. On le suit jusqu'à la ligne mamillaire où il se termine par une petite éminence sphéroïdale qui paraît s'étendre beaucoup plus loin en arrière et en bas que la percussion ne le montre.

La face supérieure du foie, ainsi que le sommet de la petite masse en question sont lisses, élastiques et légèrement fluctuantes. Pas de douleur, rien à l'auscultation de la tumeur; cœur normal, rate volumineuse.

Diagnostic porté : kyste hydatique du foie. Ponction pour le confirmer. Il s'écoule de la sérosité sanguinolente, jaunâtre pendant un instant, puis brune et épaisse. Elle coule très difficilement par le trocart. Elle est alcaline et très albumineuse. Pas de crochets; pas d'autres éléments figurés que des globules rouges. Amélioration légère et fermeture de la plaie au bout de deux jours. Le 6, collapsus, émission involontaire d'urine. Mort le 8, avec des phénomènes d'œdème pulmonaire.

Autopsie faite 36 heures après la mort. — Adhérences pleurales vers la base des deux poumons: rien aux sommets. Congestion vers la partie inférieure des deux lobes inférieurs; quelques grammes de sérosité claire dans le péricarde. Parois du cœur flasques. Sang liquide et caillots fibrineux dans sa cavité.

Dans l'abdomen, on trouve une tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte, qui s'étend en bas jusqu'au bord de l'os iliaque. Le rein droit est placé en arrière et en haut. Cette tumeur se termine en dedans et en haut par une extrémité arrondie ayant contracté des adhérences avec le diaphragme. Ce muscle a été refoulé à peu près jusqu'à la dernière côte.

Le foie, repoussé à gauche et en avant, adhère par son lobe droit à la partie supérieure de la tumeur et, à l'exception d'un petit flot, de deux à trois millimètres sur son bord antérieur, il est entièrement sclérosé.

Dans son déplacement, il a déformé la paroi thoracique. Les

côtes sont très rapprochées les unes des autres ; les muscles intercostaux, amincis ; le tissu conjonctif sous-pleural épaissi.

La tumeur offre l'aspect d'un sac à parois épaisses de deux ou trois millimètres. De gros vaisseaux traversent cette paroi en avant. Elle donne issue à un liquide épais, brunâtre, à de petits caillots lamelleux, enfin à des masses floconneuses. En avant, on voit une petite cicatrice correspondant à celle de la paroi abdominale. En arrière, on trouve une masse médullaire comprise dans l'épaisseur des parois et communiquant par des sillons tortueux que l'on trouve à la surface, avec l'intérieur du sac. Elle est colorée en brun par plusieurs taches hémorragiques. On ne peut retrouver la capsule surrénale droite ; elle est remplacée par la tumeur qui semble s'être développée à ses dépens. La veine cave inférieure, aplatie en arrière du bord postérieur, forme une sorte de ruban, large de deux travers de doigt. La portion du foie qui reste est d'un brun pâle. Le vésicule biliaire contient plusieurs calculs polyédriques et arrondis, dont le volume varie d'un grain de chènevis jusqu'à celui d'un pois. Le col de la vésicule biliaire est occupé par trois calculs de la grosseur d'une noisette, nageant au milieu d'une bile épaisse d'un brun verdâtre. Rate doublée de volume, grise et ramollie. Intestins distendus ; muqueuse de l'intestin grêle, pâle, grisâtre. Rein volumineux d'un brun pâle, muqueuse vésicale rouge, œdématiée, parsemée de taches hémorragiques.

OBSERVATION 10. — Cancer de la capsule surrénale droite avec thrombose de la veine cave. — Observation inédite d'un malade observé dans le service de M. le Professeur Poncet.

Orgeret, Louis, âgé de 46 ans, cultivateur, entre, le 7 décembre 1897, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. le professeur Poncet, salle St-Philippe, n° 13.

Son père mourut asthmatique et sa mère succomba à la suite d'une affection fébrile aiguë de nature indéterminée. Pas d'antécédents bacillaires ni cancéreux. Il aurait été bien portant dans sa jeunesse. A l'âge de 22 ans, impaludisme dont les accès durèrent trois semaines. Dix mois après nouvel accès de même durée. Pas de bacilliose. Marié, il eut deux enfants,

bien portants — Pas de blennorrhagie ni de syphilis. Peut-être un peu d'alcoolisme.

Il y a douze ans, le malade eut une bronchite qui dura trois semaines et guérit très bien. Depuis ce temps le malade s'enrhume presque tous les hivers. Au début de l'hiver dernier apparaissent des troubles urinaux sous forme de mictions nocturnes (1 à 2 par nuit) régulières, assez abondantes, sans douleur. Urines claires. Ces troubles persistent sans aggravation jusqu'au de mai. Le malade commence alors à perdre ses forces, à maigrir sans tousser. Pas de douleur dans la région rénale droite, pas de débâcles urinaires brusques, suivies de soulagement.

Le 2 juillet, il reçoit un coup de queue de charrue dans la partie supérieure de la région lombaire, au niveau des fausses côtes. Il eut une côte fracturée mais pas de plaie ni d'ecchymose. Il fut soigné par un rebouteur.

Il y a trois semaines, il remarque par hasard une tumeur dans la région rénale droite et va consulter un médecin qui ne constate ni sucre, ni albumine dans les urines, mais des phosphates en abondance et de l'hypertension artérielle.

Depuis neuf semaines, douleurs dans la région rénale droite survenant par crises plusieurs fois par jour. Ces crises durent un quart d'heure environ. Urines toujours claires, pas de gravier. Pas d'ictère. Cette douleur a beaucoup diminué depuis trois semaines quand le malade a constaté la tumeur. Il entre à l'Hôtel-Dieu où l'on constate :

A l'inspection — Que la région lombaire du côté droit est manifestement bombée. Pas de circulation complémentaire.

La percussion montre qu'en avant, un peu en dehors de la ligne mamelonnaire, il existe de la submatité qui devient de la matité complète en arrière au niveau de la région lombaire. Cette matité commence à 8 centimètres au-dessous de la pointe de l'omoplate et mesure 11 centimètres de hauteur. Le foie mesure 12 centimètres de hauteur.

A la palpation on constate dans la région rénale droite une grosse tumeur, dure, proéminente en avant et en arrière et donnant une sensation nette de ballottement. Légère douleur à la pression le long de l'uretère droit, pas de douleur le long

de la colonne cervicale et sur les épaules. Pas de déformation de la colonne.

Varicocèle double, plus accentuée à gauche et déjà constatée trois mois auparavant.

Le toucher rectal ne donne aucun renseignement.

La vessie n'est pas distendue et ne présente pas de rétention.

Depuis son traumatisme, c'est-à-dire depuis le mois de juillet, le malade est constipé et ne va à la selle qu'à l'aide de lavements et de purgations. Jamais de vomissements, pas d'arrêt des gaz.

Température : 37.5 matin et soir.

Urines : Disque net d'albumine, pas de sucre, uniformément troubles lors de l'émission mais redeviennent claires par le repos. Le fond contient du mucus.

Le malade a beaucoup maigri, en un an et demi il a perdu 16 kilogs, le teint est un peu jaunâtre. Digestion parfois difficile, pas de ganglions. Pas de signes de bacillose aux poumons.

Diagnostic : Tumeur probable du rein.

8 décembre. — Température : 37.5 le matin et 37.6 le soir.

9 décembre. — Température : 37.4 le matin et 37.1 le soir.

10 décembre. — Température : 37.3 le matin. On opère le malade. Incision lombaire au niveau du point le plus saillant ; au-dessous du plan musculaire, on tombe sur une tumeur friable, le doigt en ramène des fragments grisâtres. Il se produit une hémorrhagie très abondante obligeant à un tamponnement immédiat. M. le professeur Poncet pense alors à une tumeur du foie. On fait un pansement très serré.

Le soir il n'y avait pas d'hémorrhagie et la température était de 38.3.

11 décembre. — Température : 38.2 le matin et 38.4 le soir.

12 décembre. — Température : 38.7 le matin et 39.2 le soir.

13 décembre. — Le pansement souillé est enlevé ainsi que le tamponnement profond qui est remplacé. Depuis lors se produit un suintement hémorrhagique continu et abondant qui oblige à renforcer le pansement matin et soir. Température : 38.7 le matin et 38.9 le soir.

14 décembre. — Température : 38.4 le matin et 38.6 le soir.

15 décembre. — Pour arrêter le suintement sanguin, on

refait le pansement avec tamponnement très serré de la plaie à la gaze iodoformée. Le suintement séro-sanguinolent continue quoique moins accentué; les parties superficielles du pansement souillées sont changées sans toucher aux parties profondes.

La température qui avait commencé à monter après l'opération, monte progressivement si bien que, le 17, le malade a une température de 39.3 le matin et 40.1 le soir; le 18 il a 40.1 le matin et 40.8 le soir.

Depuis l'opération, l'état général a baissé rapidement; le malade a pris une teinte anémique très marquée, il maigrit à vue d'œil. Soif vive, pas de frissons.

Le 16. — Il tousse un peu et prend de la laryngite.

Le 18. — Pansement sans gaze iodoformée. Le malade ne peut plus parler, dyspnée intense sans cornage, un peu plus marquée à l'inspiration. L'état du larynx augmente cette dyspnée qui n'est pas uniquement laryngée. L'auscultation, gênée par le pansement, ne révèle rien.

20 décembre. — Mort à 6 heures du matin.

Autopsie. — On trouve une masse du volume d'une tête de fœtus avec quelques adhérences à l'angle droit du colon. Cette masse occupe la loge rénale droite. On l'isole facilement du tissu cellulaire sous-jacent, et après l'avoir enlevée, on la trouve constituée par le rein droit et la capsule surrénale, tous deux dégénérés et diffluentes; la capsule est confondue par sa base avec la portion du néoplasme qui infiltre le rein. D'après M. le professeur Tripier, il s'agit d'une tumeur maligne primitive de la capsule avec envahissement secondaire du rein (aspect encéphaloïde, 700 grammes).

De la tumeur du rein part un bourgeon remplissant la veine rénale droite et proéminent dans la veine cave inférieure thrombosée au-dessous. Tous les groupes ganglionnaires voisins sont envahis par une substance encéphaloïde. Le noyau de la paroi lombaire est constitué par un tissu un peu plus dense, mais non moins vascularisé.

Noyaux miliaires nombreux faisant saillie sur la plèvre pulmonaire. Dégénérescence des ganglions trachéo-bronchiques. L'autre rein est sain, mais gros : 150 grammes.

Rien au foie qui est seulement un peu volumineux. Rate grosse.

L'examen histologique a été fait par M. le docteur Dor. En voici, du reste, les résultats :

L'examen a porté sur la tumeur elle-même, sur un fragment de rein envahi et sur un petit organe arrondi qui avait toutes les apparences d'un rein supplémentaire du volume d'une noisette.

Effectivement ce dernier organe ne présentait que des glomérules, des tubes contournés et aucune trace de néoplasie.

Les coupes les plus intéressantes étaient celles du fragment de rein envahi par la tumeur. C'est dans ces coupes que l'on pouvait voir le mieux les dispositions des cellules et les étudier. Dans la zone corticale se trouvaient une multitude de points microscopiques où l'on voyait débiter le néoplasme. Il y avait comme un semis de cancer disséminé sans ordre mais ne frappant ni les glomérules, ni les tubes contournés, se faisant place au sein du parenchyme rénal par la compression et la destruction du tissu environnant.

Dans les plus petits des semis comme dans les plus gros, l'aspect était à peu près le même, on voyait des cellules de forme très variable en raquettes, en fuseaux, en polyèdres, et tout, les dimensions, la coloration par le picro-carmin et l'aspect du noyau, indiquaient la nature épithéliale ; mais ces cellules, très serrées les unes contre les autres, n'affectaient ni la forme du carcinome, ni celle de l'adénome ; elles étaient sans ordre apparent, entourées de très peu de tissu conjonctif, et leur cohésion était si faible que, dans beaucoup de points, elles avaient disparu au centre, laissant un espace vide et constituant un kyste dont la bordure seule était tapissée de cellules épithéliales. Ces cellules, nettement cancéreuses, étaient des cellules d'un type spécial, ou bien il était impossible de savoir à quel type il fallait les rattacher. Pour le savoir nous avons fait des examens de coupes de capsules surrénales normales. Or, immédiatement nous avons été frappés d'une ressemblance très grande, non pas dans la forme des cellules qui, dans un tissu normal, sont toujours plus régulières, mais dans la structure du protoplasma. Dans les couches corticales de la capsule surrénale, les cellules renferment dans leur

protoplasma une substance hyaline, réfringente d'un aspect tout spécial et qui est probablement la substance qui se colore en brun par le bichromate de potasse et que plusieurs auteurs ont signalée comme étant caractéristique des cellules surrénales. Or, cette même substance réfringente se retrouvait dans un grand nombre de cellules du cancer et la grande analogie entre les cellules nous semble un argument important à invoquer en faveur de l'origine nettement surrénale de la tumeur ; d'ailleurs la préparation comparée à des coupes de divers cas de cancers primitifs du rein, lesquels avaient débuté nettement aux dépens des cellules de Heidenhain, était absolument différente. Il s'agissait donc bien d'un cancer surrénal communiqué au rein et non d'un cancer du rein communiqué à la capsule.

OBSERVATION 11 (Résumée). — Sarcome primitif de la capsule surrénale droite. — Propagation à la veine cave inférieure et à l'oreillette droite. — Thrombose des veines sus-hépatiques et apoplexie du foie, par Pilliet, interne des Hôpitaux (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1888, p. 716).

C..., Laurent, scieur de pierres, 56 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, le 14 mars 1888. Il accuse une grande faiblesse et présente un œdème prononcé des membres inférieurs.

Il aurait eu, à 8 ans, la fièvre intermittente pendant 3 ans. A 18 ans blennorrhagie, peut-être syphilis ; pleurésie à 32 ans.

Un peu d'alcoolisme. Il y a 2 ans, le malade a, pour la première fois, des vomissements de sang paraissant s'être reproduits avec une certaine abondance. Epistaxis fréquentes, œdème des jambes revenant par intermittence et qui le force à entrer à l'hôpital.

Taille moyenne, face allongée et maigre. Yeux enfoncés, conjonctives décolorées, nez saillant, lèvres cyanosées. Tronc et membres thoraciques amaigris. Abdomen légèrement distendu et météorisé. Organes génitaux normaux, œdème fixe et dur, de moyenne intensité aux membres inférieurs. Pied gauche creux, talus.

Langue blanche, appétit nul, constipation habituelle. L'estomac est dilaté et donne du gargouillement à la percussion. Le foie déborde de deux travers de doigt le rebord costal et est dou-

loureux à la pression. Rate normale. Les battements du cœur sont sourds, mais pas de souffle. Adhérences pleurales à droite ; la respiration est moins nette de ce côté qu'à gauche. Rien au sommet.

Le malade se relève la nuit pour uriner, mais très peu chaque fois (500 gr. par jour environ) d'une urine foncée, acide. D : 1013, sans sucre ni albumine.

Le 23. — Toujours même quantité d'urine. Quelquefois légers nuages d'albumine. Des pilules diurétiques sont données sans résultat. Selles normales. Céphalalgie frontale. Anorexie. Langue sale. L'œdème des jambes augmente et gagne les aines ; respiration gênée, pénible ; cependant pas d'insomnie.

Le 27. — Urines, 1 litre. Pas d'albumine.

Le 31. — Depuis 4 jours, 2 litres d'urine en 24 heures. D : 1007. Réaction acide, pas d'albumine. L'œdème persiste.

3 avril. — 1 litre d'urine. Malaise général et lassitude.

Le 5. — Vin de Trousseau, 80 grammes.

Le 6. — 1 litre d'urine albumineuse. Meilleur état général.

Le 7. — Oppression augmente. Œdème de la paroi abdominale.

Le 9. — Le malaise général s'accroît. Lavement purgatif.

Le 10. — Le malade accuse une douleur spontanée, localisée au flanc droit. On la réveille par la pression profonde, elle est irradiée à la partie droite du thorax. L'œdème de la paroi abdominale empêche l'examen. Cependant, on constate du côté droit, un gros bourrelet œdémateux au niveau de la crête iliaque.

Le 11. — Hier, accès de dyspnée violent, d'une 1/2 heure, à 7 heures du soir. Ce matin, le malade est abattu, le pouls petit, mou et fréquent, la respiration du type costo-supérieur. La douleur du flanc droit persiste avec ses irradiations ; la figure est pâlie et amaigrie ; l'estomac devient intolérant ; renvois fréquents dès que le malade vient d'avaler quelque chose.

Le 12. — 3/4 de litre d'urine. Pas d'albumine.

Le 14. — La gêne respiratoire augmente, la douleur du flanc droit s'exaspère et devient aiguë à chaque inspiration. Pas de signes de lésions pulmonaires en foyer. T. 37°5.

Le 15. — Même état, le malade ne prend que du lait. Pas de

nausées nide vomissements. Selles régulières. Quantité d'urine oscille entre $1/2$ et $1/4$ de litre.

Le 16. — Vibrations diminuées du côté droit.

Le 17. — Léger dépôt d'albumine.

Le 23. — L'œdème, qui a débuté par la partie supérieure des cuisses, a augmenté progressivement et s'est étendu au tronc. La tête et les bras sont respectés. L'abdomen est tendu, saillant, météorisé. L'œdème de la paroi gêne beaucoup pour la recherche de l'ascite qu'on ne peut affirmer. Les veines sous-cutanées abdominales sont manifestement dilatées et un peu plus du côté droit que du côté gauche. Les veines de la région sus-ombilicale le sont également, mais beaucoup moins.

En présence de ces signes, M. Lancereaux conclut à l'obstruction de la veine cave inférieure, ce qui conduit à examiner les reins. La sensation d'une tumeur douloureuse, dans le flanc droit, la coloration et la diminution des urines le conduisent à poser le diagnostic d'épithélioma primitif du rein droit avec propagation à la veine rénale et à la veine cave.

Le 26. — La densité des urines est faible (1006).

La douleur profonde persiste avec des variations d'intensité. On note des poussées d'érythème sur les jambes œdématisées. Les selles sont peu abondantes et d'un jaune clair.

Le 30. — Le malade souffre de plus en plus de l'oppression et de sa douleur qui est sans cesse réveillée par une toux quinteuse. Il reste dans le décubitus dorsal, se couchant quelquefois sur le côté droit, jamais sur le gauche.

1^{er} mai. — La figure du malade s'altère de plus en plus, les yeux s'enfoncent, le nez s'effile, la teinte de la peau est terreuse, la respiration est difficile. R = 32. P = 130. T = 37°1.

Le 4. — Les douleurs augmentent et deviennent intolérables. Le malade a eu cette nuit de la diarrhée (5 selles).

Le 11. — L'oppression augmente, la dilatation des veines ombilicales s'accuse ; l'intelligence est conservée.

Le 12. — L'œdème croît lentement et d'une façon très persistante. Tremblements spasmodiques des muscles de la cuisse.

Le 27. — L'œdème des bourses est apparu lentement, maintenant il déborde la verge ; figure très amaigrie. Le malade est triste, abattu, démoralisé. Il urine à peine 500 grammes en 24 heures, la toux est continue et ne ramène que quelques cra-

chats incolores, visqueux et épais. Le malade ne boit plus qu'un litre de lait en 24 heures.

Le 28. — Constipation. Appétit nul. Langue blanche. Pas de vomissements. L'œdème déborde les aisselles ; il est plus prononcé à droite.

5 juin. — Les mêmes symptômes persistent, la toux est assez fréquente et pénible pour empêcher le malade de dormir. Les bourses sont du volume d'une tête de nouveau-né.

Le 12. — La respiration est toujours pénible ; il y a du jeu des ailes du nez. Conjonctivite catarrhale.

Le 16. — Depuis 3 jours le malade a eu à plusieurs reprises des épistaxis ; l'œdème augmente un peu à la jambe droite où il a toujours été plus marqué.

Le 18. — Légère rémission. Le malade ne peut trouver une position de repos. Son sommeil de nuit est nul, il somnole un peu pendant le jour ; il ne peut rien avaler, chaque gorgée qu'il boit l'étouffe. Le cœur est refoulé en haut, et ses battements soulèvent le 3^{me} espace intercostal gauche. Le pouls radial est faible et fréquent. Le malade est très abattu ; il ne se plaint plus. La figure, très amaigrie est sans expression.

Le 21, le malade étouffe. Depuis deux jours il est dans le coma. L'interne le sonde à la visite du matin et retire la moitié d'un verre à expérience (65 grammes environ) d'une urine sans dépôt, mais très foncée. Il est allé à la selle hier. Le malade s'agite et essaye d'écarter la sonde en se plaignant un peu. A partir de ce moment, le coma est devenu de plus en plus profond. Les respirations s'espacent, elles sont de temps en temps accompagnées d'un gémissement à l'expiration. Le soir il a la tête renversée en arrière et la bouche ouverte. A 10 heures il est agonisant. A 10 heures 1/2, il meurt.

On examine l'urine qui ne renferme pas de sang.

Autopsie. — Œdème énorme sauf à la face, la main, le poignet gauche et la plante des pieds.

Cerveau normal.

A l'ouverture du thorax, léger écoulement de liquide ascitique d'un jaune foncé. Dilatation très marquée des veines mammaires internes gauche et droite. Léger épanchement péricardique, adhérences péricardiques molles, grisâtres, faciles à détacher, à la face postérieure du cœur.

Cœur étalé, petit et mou. Plaques à l'aorte Orifices sains.
Poids : cœur et aorte = 305 grammes.

Plèvres adhérentes sur toute leur étendue, adhérences marquées au niveau du sillon costo-diaphragmatique droit.

Les poumons, refoulés par le diaphragme, sont rouges, friables, presque splénisés.

Péritoine normal.

Lorsque le paquet intestinal a été enlevé la tumeur apparaît comme une masse arrondie, bleuâtre et molle recouverte par le péritoine.

Foie (P = 1680 gr.) coiffe la tumeur sur laquelle il se moule. Il arrive à 7 centimètres de l'extrémité interne de la clavicule. La face convexe est libre, la face concave adhérente à la tumeur. La vésicule est petite et contient une bile peu colorée. A la coupe, le foie se montre composé de deux substances : une rouge et l'autre jaune comme dans le foie muscade, mais les marbrures rouges n'ont pas la même distribution que dans cette lésion : elles sont larges, irrégulières et répondent à des foyers d'hémorrhagie interstitielle.

Estomac, intestins normaux. Le colon ascendant est fixé à la tumeur sur une étendue de quelques centimètres.

Rate petite (P = 170 gr.). Sa surface est chagrinée avec plaques cartilaginiformes irrégulières. Normale.

Pancréas jaunâtre, mou, friable.

Reins volumineux. Rein gauche = 180 gr., rein droit = 125 gr. Ce dernier était englobé dans des néo-membranes sous-péritonéales et faisait intimement corps avec la tumeur.

La capsule surrénale gauche est d'aspect et de volume normaux.

Lorsque l'abdomen est débarrassé de son contenu, on voit la tumeur sous forme d'une masse violacée, très molle. Dans sa portion inférieure pénètre la veine cave inférieure occupée par un caillot qui se prolonge jusque dans les veines iliaques et les fémorales.

Ces veines sont distendues et dures, elles sont reliées aux artères par des adhérences courtes et résistantes. Quand on les ouvre, on voit que le caillot qui les occupe, brunâtre et résistant à sa périphérie, est creusé à son centre de canaux irréguliers permettant une circulation lacunaire.

Toute la masse de la tumeur étant enlevée avec l'aorte, on constate d'abord l'impossibilité de trouver la capsule surrénale droite au-dessus du rein. La diaphragmatique inférieure, la capsulaire moyenne et la capsulaire naissant de la rénale sont disséquées. Elles se rendent à la tumeur, leur volume n'a subi qu'un accroissement assez faible. La tumeur est donc bien constituée aux dépens de la capsule surrénale droite.

En ouvrant la veine cave inférieure dans toute son étendue, on constate qu'elle est occupée au-dessous de la tumeur par un caillot sanguin qui se continue insensiblement avec un boudin blanchâtre, volumineux, allongé, qui remplit complètement la veine au niveau du foie et adhère à sa paroi. Ce thrombus présente, au niveau de l'embouchure de la veine cave inférieure, un sillon circulaire marqué et proémine dans l'oreillette droite par une extrémité arrondie ayant la forme et le volume d'un bouchon à champagne.

En le détachant on peut voir que la veine cave, très élargie (elle mesure 9 centimètres d'un bord à l'autre), présente au niveau du foie 4 à 8 orifices du diamètre d'une pièce de 50 centimes dans lesquels s'engagent les ramifications du thrombus.

De ces orifices, les uns appartiennent aux veines sus-hépatiques. On constate en les ouvrant aux ciseaux que le thrombus qui les occupe n'est pas adhérent et ne se prolonge pas jusqu'aux fines ramifications.

Cette thrombose sus-hépatique suffit pourtant pour expliquer l'apoplexie hépatique, que nous avons notée. D'autres orifices moins nombreux et plus larges sont dus à la présence du néoplasme qui envoie une nappe épaisse au niveau du lobe de Spiegel, entre la veine et le foie. Les thrombus qui occupent ces derniers orifices relient la masse de la tumeur au caillot principal de la veine cave. La tumeur elle-même, isolée, est irrégulièrement arrondie ; elle mesure 25 cent. de haut sur 20 de large. Son poids, après qu'elle a été incisée, vidée de ses liquides et fixée dans l'alcool, est encore de 2 kilogs 200. Elle est composée de masses encéphaloïdes, blanchâtres et molles, et parsemées de noyaux sanguins, rouges et noirs, très abondants ; et dont le volume varie de celui d'une noisette à celui d'un œuf. Elle donne par le raclage un suc lactescent abondant.

Disons, pour compléter l'autopsie, que les fémorales présen-

tent des plaques d'athérome, que les muscles des jambes sont œdématisés, friables et d'un jaune grisâtre, que la rotule et les condyles droits présentent un léger bourrelet ostéophytique.

Examen histologique. — La tumeur a été examinée dans ses différentes parties, elle présente à peu près partout la structure du sarcome, un tissu mou, friable, arrosé par des capillaires largement ectasiés. Les rapports des éléments cellulaires avec les éléments conjonctifs varient suivant les points.

Coupe à la partie inférieure de la tumeur. Les cellules sont fusiformes, volumineuses, à gros noyaux, disposées régulièrement par lits parallèles en certains points, dans d'autres les cellules sont étoilées et groupées par tourbillons; les fibrilles intercellulaires sont assez abondantes. Mais, sur la plupart des points, cet arrangement des cellules est détruit par une infiltration abondante de globules rouges. On peut suivre sur les coupes larges tous les degrés de cette hémorrhagie interstitielle. On voit des amas de capillaires considérablement dilatés et dont la paroi est réduite à des lamelles endothéliales. Tout autour se voient des globules épanchés qui forment la plus grande masse du tissu. Un grand nombre de cellules de la tumeur sont sphériques, elles prennent un volume énorme et sont remplies de granulations jaunâtres, de pigment sanguin. Le sang épanché forme, par places, de grands amas cloisonnés par un réticulum formé aux dépens des fibres conjonctives de la tumeur et, dans ces amas, on ne voit que ces grosses cellules jaunâtres, dispersées; d'autres cellules ont conservé un prolongement et sont en raquette; elles sont également de dimension colossale et rappellent la forme de cellules nerveuses.

Sur d'autres points, les globules infiltrés et les cellules ne se colorent plus, comme si toute la zone avait subi une mortification. Il n'y a pas de vaisseaux à paroi bien développée, mais des fentes lacunaires; quelques-unes très larges, sont occupées par un bouchon fibrineux qui contient des globules rouges à son centre. On peut voir par places des masses bourgeonnantes des cellules de la paroi pénétrer jusqu'au milieu de ces caillots.

Coupes prises à mi-hauteur de la tumeur. — Sur ces coupes, on distingue bien le revêtement fibreux qui enveloppe la masse;

la plupart des vaisseaux situés au-dessous ne sont que des lacunes ordinaires obstruées par des blocs fibrineux.

Dans le reste des coupes, on voit comme précédemment des flots de cellules fusiformes et étoilées, noyés dans une masse très abondante de tissu qui ne se colore plus et qui sont infiltrées d'une manière irrégulière par des globules du sang ayant perdu leur hémoglobine. Dans les amas des cellules vivantes, la disposition du sarcome fuso-cellulaire est la même que celle que nous avons indiquée.

Sur quelques points, les tourbillons que forment les cellules fusiformes et les fibres conjonctives sont disposés autour de capillaires dilatés, de façon à donner des figures dans lesquelles l'agencement périvasculaire des éléments est bien net ; mais, dans la plupart des points, le groupement des éléments ne donne lieu à aucune figure définie.

Coupes au milieu de la tumeur. — Le fragment sur lequel a porté la coupe est le reliquat d'une ancienne hémorrhagie ; il est composé de globules de sang décoloré, enserrés dans un réseau fibrineux, le tout cloisonné par des travées conjonctives minces, pauvres en cellules.

Sur une coupe du caillot de la veine cave on voit une disposition à peu près semblable. Les vaisseaux thrombosés y sont très abondants ; les cellules, dispersées par amas peu serrés, sont rondes ou étoilées. Il existe çà et là dans la masse des traînées de pigment hématique d'un brun jaunâtre.

En résumé, la tumeur est un fibrome embryonnaire comprenant un grand nombre de foyers hémorrhagiques récents ou en désintégration.

Foie. — Thrombose des veines sus-hépatiques avec hémorrhagies interstitielles du foie sous la forme de larges marbrures foncées reliant entre elles tous les espaces sus-hépatiques. A ces bandes correspondent des bandes claires constituées par les espaces portes autour desquels sont groupés les débris des globules. Cette apoplexie du foie a sensiblement la même topographie que la congestion du foie cardiaque, elle en diffère : 1^o par son étendue, 2^o par la disparition complète des cellules hépatiques au niveau de l'infiltration sanguine.

Le rein droit et le rein gauche présentent un léger degré de sclérose des pyramides et un état granuleux du cytoplasma

des cellules du labyrinthe dont on ne peut faire apparaître le noyau qu'en montant les coupes au baume.

La capsule surrénale du côté gauche présente à noter une légère infiltration ganglionnaire formée par quelques petites taches disséminées dans les différentes couches de la substance corticale.

L'estomac offre une congestion et une réplétion marquée des vaisseaux de la couche sous-muqueuse.

Sur les coupes de la veine cave inférieure, au-dessous de la tumeur, on voit que le caillot adhérent à la paroi n'offre pas d'éléments néoplasiques, de même pour la veine cave fémorale remplie par un caillot cruorique, mais sa lunette interne est épaissie et présente en un point un phlébolithe du volume d'une petite tête d'épingle. Les artères ont une lunette interne un peu épaissie et comme feuilletée, les couches les plus internes se détachant avec la plus grande facilité.

OBSERVATION 12 (Résumée). — Fibrome embryonnaire de la capsule surrénale droite; obstruction de la veine cave inférieure, par Lancereaux (*Traité d'anatomie pathologique*, 1889, t. III, p. 806).

C... (Laurent), 56 ans, entre à l'hôpital de la Pitié le 14 mars 1888, pour œdème prononcé des membres inférieurs et une faiblesse générale avec anémie. Pas d'antécédents héréditaires pathologiques. Légère intoxication palustre dans sa jeunesse, une pleurésie à l'âge de 32 ans, épistaxis fréquentes et vomissements de sang, il y a deux ans. On trouve de l'œdème des jambes considérable et dur, s'arrêtant au pli de l'aîne. Veinessous-cutanées abdominales légèrement dilatées; pas d'ascite, le foie ne paraît pas lésé. Rien au cœur. Signes d'adhérences pleurales. Urines peu abondantes (1 litre), foncées, acides, ne contenant ni sucre, ni albumine. Puis l'œdème augmente ainsi que la dilatation des veines sous-cutanées abdominales, plus prononcée au-dessous de l'ombilic. On fait alors le diagnostic d'épithéliome du rein envahissant la veine rénale et la veine cave. Le palper révèle dans le flanc droit la présence d'une tumeur légèrement bosselée, au moins du volume du poing. Le malade perd l'appétit, maigrit, a des crises d'oppression, des épistaxis, l'œdème gagne le bras droit; il se produit une escharre sacrée; urines hémaphéiques. Mort dans le coma le 21 mai.

Autopsie. — Organes encéphaliques normaux, cœur mou. Poumons comprimés adhérents au thorax. Foie refoulé en haut adhère, par sa face concave, au néoplasme. Il a l'aspect du foie muscade, mais les marbrures rouges sont larges, irrégulières et répondent à des hémorrhagies interstitielles. Rate petite, chagrinée. Rein gauche = 180 grammes, rein droit ne pèse que 125 grammes, peut-être à cause de la compression qu'il a subie, fait corps avec la tumeur grâce aux fausses membranes qui l'englobent. Il peut en être isolé entièrement. Il est refoulé en bas et la veine rénale contient un caillot récent.

Capsule surrénale gauche normale. Capsule droite est le siège d'une tumeur, du volume d'une grosse tête d'enfant, bleuâtre, violacée, très molle, irrégulièrement arrondie, ayant 25 centimètres de haut sur 20 de large. Poids après séjour dans l'alcool: 2 kil. 200. Elle est composée de masses encéphaloïdes blanchâtres, molles, parsemées de noyaux sanguins, rouges ou noirs et très abondants, d'un volume qui varie depuis celui d'une noisette à celui d'un œuf. Elle donne par le raclage un suc lactescent abondant.

Examen histologique. — Structure du fibrome embryonnaire. A sa partie inférieure, cellules fusiformes, volumineuses, pourvues de gros noyaux, régulièrement disposées par lits parallèles sur certains points, étoilées et groupées en tourbillons au pourtour des vaisseaux; les fibrilles inter-cellulaires sont assez abondantes. En plusieurs endroits, l'arrangement cellulaire se trouve détruit par une infiltration de globules rouges qu'il est possible de suivre sur des coupes un peu larges. Tout d'abord, on voit des amas de capillaires dilatés dont la paroi se trouve réduite à la simple couche endothéliale, puis tout autour sont épanchés quelques globules, tandis qu'ailleurs, le sang forme de grands amas cloisonnés par un réticulum de fibres conjonctives. Vers son milieu, la tumeur renferme de nombreux globules de sang décoloré, enserrés dans un réseau fibrineux, le tout cloisonné par des travées conjonctives minces, pauvres en cellules.

Disposition semblable dans le caillot de la partie supérieure de la veine cave, en continuation avec la tumeur par une veine surrénale. Le foie présente une hyperhémie statique, les reins sont légèrement sclérosés et indurés, l'estomac est hyperhémé.

OBSERVATION 13. — Cancer de la capsule surrénale droite, TUFFIER.
— *Annales génito-urinaires*, 1888. (Etude sur les tumeurs malignes du rein).

Homme de 26 ans, journalier, entré à l'hôpital Cochin le 28 mars 1887, salle Nélaton, lit n° 19, pour se faire soigner une tuméfaction de la fosse iliaque droite. Ce malade n'a aucun antécédent pathologique digne de remarque, ses ascendants ne sont pas néoplasiques.

Le début des accidents qui l'amènent à l'hôpital, remonte à 3 mois. Il sent d'abord ses forces décroître manifestement, puis son abdomen devenir gros et dur. En palpant par hasard son flanc droit, il y trouve une tumeur du volume du poing, indolente, sans aucun trouble de la santé générale; il passe outre et continue ses occupations bien que son affaiblissement soit de plus en plus marqué. Trois jours avant son entrée à l'hôpital, il est pris d'une douleur dans l'aîne et le genou droit; le lendemain, le membre était gonflé; malgré cela, notre homme continue son travail; mais dans l'après-midi, les douleurs redoublent, il se couche, et le 28, il se décide à entrer à l'hôpital.

On constate alors tous les symptômes d'une phlébite du membre inférieur droit; le ventre est peu déformé, mais la palpation révèle dans la fosse iliaque droite une tumeur remontant jusqu'à l'ombilic, descendant jusqu'à la fosse iliaque et l'arcade crurale, remplissant tout l'hypocondre droit. Elle est dure, bosselée, adhérente aux parties profondes, mate à la percussion, mais indolente. Les viscères sont sains, l'appareil urinaire intact, un peu d'albuminurie. M. Nélaton pense à une adénopathie iliaque et conclut à la nécessité de l'extirpation. On fait une incision parallèle à l'arcade crurale, comme pour la ligature de l'iliaque externe; on enlève quelques morceaux de la masse ganglionnaire. Grâce à l'antiseptie, pas d'accidents immédiats; mais peu de jours après, issue de matières fécales par la plaie opératoire. En somme, il s'établit là une sorte de fistule stercoro-purulente qui persiste pendant 5 mois, période pendant laquelle le malade s'affaiblit de plus en plus. On sent toujours une masse considérable à ce niveau. Aucun accident du côté des reins, aucune manifestation dans l'appareil urinaire.

Mort le 6 août.

L'autopsie permet de constater : 1^o une perforation du cœcum qui donnait lieu à l'écoulement de matières fécales ; 2^o un cancer de la capsule surrénale du côté droit, cancer ayant entouré toute la surface du rein de ce côté et dans le rein, très volumineux, 7 ou 8 tumeurs arrondies et isolées les unes des autres, tumeurs variant du volume d'une noisette à celui d'une noix. Les unes encore dures, les autres ramollies. Presque toute la substance corticale a été envahie et détruite par le néoplasme.

L'examen histologique fait constater la structure alvéolaire des tumeurs.

OBSERVATION 14. — Cancer primitif de la capsule surrénale droite par M. Bérard (*Lyon Médical*, 1894, page 583).

Femme de 26 ans, ne présentant aucun antécédent héréditaire et très affaiblie. Depuis plusieurs mois elle ressentait des douleurs lancinantes dans le membre supérieur gauche. Le jour de son entrée, le 17 février, elle était en proie à une dyspnée intense. Dans l'aisselle il existait une tuméfaction volumineuse. On constatait sur toute l'étendue du poumon gauche une matité absolue avec diminution des vibrations ; pas d'œgophonie, pas de pectoriloque aphone, mais souffle tubaire intense. Le diagnostic porté fut celui-ci : Tumeur maligne intra-thoracique. Comme la malade était en proie à de violentes douleurs, on tenta de la soulager en pratiquant une incision, puis une ponction qui furent sans résultat. Elle mourut le 21 février.

Autopsie. — Tumeur occupant la face interne des cinq premières côtes à gauche. Trois d'entre elles étaient fracturées, le poumon gauche, au niveau de la tumeur, était atteint de pneumonie purulente avec sclérose. Au niveau du hile du poumon, nombreux ganglions dégénérés englobant les récurrents ; cependant on n'avait noté pendant la vie qu'un peu de rauçité de la voix ; il n'y avait pas d'autres signes de compression laryngée. A droite, il n'existait plus de traces de la capsule surrénale, laquelle était remplacée par un néoplasme du volume du poing, adhérent au diaphragme et au foie. Le rein droit lui-même était indemne. Le rein gauche présentait une petite tumeur de même nature, le long de son bord concave. Les

autres organes étaient sains. L'examen histologique a montré que la tumeur de la capsule surrénale était un cancer épithélial. C'est évidemment là la lésion primitive.

OBSERVATION 15. — Sarcome primitif de la capsule surrénale droite avec envahissement secondaire du poumon, par West (*Transactions of the Pathological Society London*, 1879).

Frédéric G..., 57 ans, entre à l'hôpital, pour troubles respiratoires, le 8 octobre. Il a eu un refroidissement, il y a 5 ans et un accès de fièvre plusieurs années auparavant. Six mois avant son entrée à l'hôpital, il jouissait d'une excellente santé. Pendant l'hiver, il eut une bronchite qui persista, augmenta; il maigrit et fut pris de dyspnée et de palpitations. Peu de temps après l'expectoration devint visqueuse, striée de sang. La quantité de sang augmenta graduellement et une ou deux fois il rejeta du sang pur. Pendant le mois qui précéda son entrée, son appétit disparut et il eut plusieurs syncopes. Il entre pour hémoptisie.

Il se plaint d'une dyspnée violente, d'une douleur intense dans l'aisselle droite. Il a beaucoup maigri et sa faiblesse est telle qu'il peut à peine s'asseoir dans son lit. L'expectoration est pénible, le malade rejette une grande quantité de pus et d'écume visqueuse striée de sang. Température = 38°8. Il a de fréquentes insomnies.

A l'examen on trouve hépatisation de la base droite. L'hépatisation du poumon augmente, la température se maintient autour de 38°8, l'état général devient de plus en plus mauvais et la mort survient, le 27 octobre, trois semaines après l'entrée.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen on voit que le foie déborde sur la ligne médiane en dessous des côtes.

Le poumon gauche, non adhérent, emphysémateux, présente une légère congestion hypostatique à la base. La muqueuse des bronches est congestionnée.

Poumon droit complètement hépatisé. Le lobe supérieur, œdémateux, ne contient pas d'air. Le lobe inférieur présente les signes d'une pneumonie récente. Dans son centre se trouve une cavité remplie d'une substance crémeuse, colorée en jaune, visqueuse, striée de sang, donnant l'impression d'un sarcome. Cette substance se dissolvait sous un léger courant

d'eau, et dans sa masse flottaient des travées arborescentes, évidemment provenant des bronches et des vaisseaux sanguins. Les parois des bronches étaient irrégulièrement érodées, formées de débris de tissu pulmonaire et légèrement pigmentées. Cette masse remplissait toutes les bronches du lobe inférieur, s'étendant aux bronches plus considérables qu'elle oblitérait et contribuant sans doute à rendre le lobe supérieur tel qu'il a été décrit.

A l'examen microscopique, cette masse était composée de grandes cellules polymorphes, à gros noyaux, avec beaucoup de débris granuleux et quelques globules dégénérés. Les glandes bronchiques du pédicule du poumon droit étaient agrandies. La section de ces glandes montrait un aspect de crème blanche, striée de rouge, avec des dépôts pigmentaires, et des ruptures partielles dues à des hémorrhagies. C'était évidemment un sarcome.

Cœur. — Cavités droites dilatées, remplies de caillots organiques, en partie libres. Les valvules et les parois des vaisseaux sanguins étaient remarquablement pâles et presque transparentes.

Le foie pesait 4 livres 1/2 (livres anglaises), était dur à la section. La vésicule biliaire était très rétractée et contenait 9 ou 10 gros calculs de cholestérine et un peu de mucus clair.

Rate dure et très hypertrophiée.

Intestins normaux. Quelques grandes veines variqueuses sous le péritoine vésical.

En enlevant le foie, on trouve une grosse tumeur en rapport immédiat avec sa face inférieure et postérieure, mais ne lui adhérait pas, soulevant le péritoine normal. Cette tumeur était de forme ovale, irrégulièrement lobulée, très molle et presque fluctuante, colorée en rouge, donnant presque l'apparence d'un caillot de sang. Elle était placée contre la partie supérieure du rein droit et même presque au dessus. Elle était reliée à ce rein par des ligaments lâches, mais sans se confondre ni même, s'unir intimement à lui. La veine cave se trouvait à sa partie antéro-interne et la veine rénale droite suivait sa face inférieure. La tumeur recevait son sang en partie de l'aorte et en partie de l'artère rénale et ses veines se jetaient dans la veine cave.

Rein un peu gros et pâle, mais semblant normal. Il avait deux uretères qui allaient se réunir à une certaine distance de leur point de départ. Il n'y avait pas de capsule surrénale de ce côté. La capsule surrénale gauche était normale.

Pas de coloration bronzée cependant.

Resserré entre les piliers droits du diaphragme, se trouvait un ganglion lymphatique volumineux donnant, à la section, l'aspect des ganglions bronchiques.

L'examen microscopique prouva que la tumeur était un sarcome. Le point de départ de la tumeur primitive était évidemment dans la capsule surrénale.

OBSERVATION 16. — Epithélioma de la capsule surrénale droite avec généralisation, par Collinet (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1892, page 325).

Jean A..., âgé de 53 ans, peintre en bâtiments, entre à l'hôpital le 17 mars 1892. Il se plaint d'accès d'oppression et présente un œdème des membres inférieurs. Il n'a jamais eu ni coliques de plomb, ni paralysie des membres, ni rhumatisme, et s'est toujours bien porté. Mais depuis six mois il est pris assez fréquemment d'accès d'oppression, il a remarqué que ses jambes enflaient et que son appétit avait notablement diminué.

L'œdème des membres subissait des variations d'intensité, mais ne disparaissait pas complètement. Cet individu ne présente pas d'œdème de la face. Les pommettes sont rosées, la peau et les muqueuses ne présentent ni pigmentation, ni teinte spéciale. Les dents sont un peu déchaussées, mais il n'existe pas de liseré saturnin. L'œdème des membres inférieurs est blanc, surtout marqué aux pieds et aux jambes, peu prononcé sur les cuisses. On ne constate pas d'ascite, la rate n'est pas augmentée de volume. Le foie, un peu douloureux, paraît augmenté de volume. On constate seulement la matité et l'absence du murmure vésiculaire dans le quart du poumon droit. Le reste de cet organe et le poumon gauche paraissent sains. Le cœur est normal. Les urines ne contiennent pas de sucre, mais de l'albumine en petite quantité.

Le lendemain de son arrivée à l'hôpital, ce malade, réveillé vers 6 heures du matin, se trouvait très bien, disait à son voi-

sin qu'il avait passé une bonne nuit ; à 6 h. 1/2, il se lève et se baissait pour mettre ses chaussures, il est pris brusquement d'une douleur très vive, angoissante, localisée à l'épigastre. Aussitôt il se remet au lit, son visage est très pâle. Dans l'intervalle d'une demi-heure, il reçoit successivement quatre injections d'éther, son état ne s'est pas modifié. Appelé à 7 heures du matin auprès du malade, nous le trouvons sur son séant, le dos appuyé contre deux oreillers verticalement dressés. La respiration est anhéante, le visage pâle et les lèvres légèrement cyanosées. Le malade accusait une douleur épigastrique angoissante, mais pas de douleur thoracique. Il éprouve une impression de mort imminente, dit qu'il va succomber, que c'est fini. Le pouls est petit, filiforme, incomptable. L'état du malade s'aggrave progressivement. La respiration diminue d'amplitude et devient de plus en plus fréquente. Les paroles, d'abord rares, cessent bientôt. Le malade ne répond plus aux questions et meurt à 7 heures 1/2, une heure après le début de la crise.

Autopsie pratiquée le lendemain matin de la mort. — A l'ouverture de la cavité abdominale, on constate l'absence d'ascite. Les parois de l'abdomen offrent une couche de tissu adipeux de l'épaisseur de 4 à 5 centimètres. Les épiploons, le mésentère, les appendices épiploïques présentent une surcharge de tissu adipeux.

On constate la présence d'une tumeur qui occupe la partie supérieure du flanc droit et se prolonge sous le foie. On ne voit pas le rein droit qui paraît englobé dans la masse néoplasique. Lorsqu'on enlève le tissu adipeux qui entoure en grande quantité la tumeur, on observe qu'elle recouvre seulement la moitié supérieure du rein en avant et son tiers supérieur en arrière. La partie découverte de cet organe n'offre ni bosselure, ni aspect anormal. La tumeur est donc située entre le foie et le rein droit et paraît envahir ces deux organes. Son volume est d'environ celui d'une tête d'enfant à terme. Son aspect est bosselé. Les bosselures sont nombreuses et de volume variable. Aucune d'elles ne tranche par son volume sur le reste de la tumeur. Cette dernière, d'une teinte générale blanc jaunâtre, est recouverte de petits filets rouges qui sont des vaisseaux

sanguins rompus en grande partie à la suite de l'enlèvement du tissu adipeux qui entourait le néoplasme.

Les bosselures de ce dernier sont de consistance variable; les unes fermes, présentent une surface de section d'un aspect rosé dû à des stries et des points rouges disséminés au milieu d'une substance blanc grisâtre. Un couteau raclant cette surface de section, ne se couvre pas de suc. Les autres sont un peu molles. La surface de leur coupe offre une coloration plus blanchâtre et un suc blanc grisâtre au raclage.

Se prolongeant sous le lobe du foie, la masse néoplasique en envahit la moitié inférieure et postérieure. Lorsqu'on sépare le foie du diaphragme, on constate un peu d'adhérence au niveau du lobe droit, ce qui est dû à la présence de plusieurs tumeurs un peu aplaties et ayant l'aspect d'une tête de champignon. L'une d'elles a le volume d'une petite noix et les autres celui d'un pois. A la coupe, elles présentent les mêmes caractères que les bosselures à consistance ferme de la grosse tumeur. Sur les points où le foie était en contact avec ces petites tumeurs, la capsule fibreuse de cet organe est enlevée et son parenchyme est légèrement lacéré. L'examen du foie divisé en tranches peu épaisses n'y fait pas découvrir la présence de tumeurs; son aspect est normal et sa consistance friable. Contigu à la tumeur, le bord antérieur du foie s'en détache nettement. Quant à son extrémité droite, elle est un peu envahie par la néoplasie qui, à gauche, s'arrête au niveau de la fosse de la vésicule biliaire qui est saine. Les ganglions lombaires ne sont pas augmentés de volume. La colonne lombaire n'est pas envahie par la tumeur. Cette dernière n'atteint pas la veine cave qui ne présente aucun bourgeon néoplasique dans son intérieur. Il en est de même des vaisseaux du bassin et des ganglions du hile du rein droit qui ne présente pas d'altération. L'uretère n'est pas dilaté. On trouve dans le repli péritonal qui relève le cœcum, à l'extrémité inférieure du rein droit, quelques tumeurs, les unes du volume d'un petit pois, les autres de celui d'une noisette. Elles présentent à la coupe le même aspect que les tumeurs du diaphragme.

Deux coupes du rein droit, pratiquées de bas en haut et parallèlement à ses faces, le divisent en trois segments et ne ont pas constater la présence de tumeurs développées dans

son intérieur. Une de ces coupes est prolongée à travers la tumeur jusqu'à la partie saine du foie. Alors on peut voir que l'extrémité supérieure du rein est envahie, sur une hauteur d'un à deux centimètres, par le néoplasme qui, à ce niveau, présente une couleur blanc grisâtre, une consistance un peu molle, paraît parcourue par des stries rougeâtres convergeant vers le hile, et abandonne au raclage un suc blanc grisâtre.

Sur sa périphérie, dans l'étendue d'un à deux centimètres, la surface de section de la tumeur présente les caractères que nous venons d'indiquer et paraît formée d'un certain nombre de noyaux néoplasiques. Le reste de la coupe est d'une couleur rosée, due à la présence d'un plus grand nombre de vaisseaux, et paraît composée d'une série de noyaux néoplasiques d'une consistance ferme et dont le raclage ne donne pas de suc. Vers la partie centrale de la tumeur existe une portion gris jaunâtre, un peu ramollie, présentant à peu près le volume d'une olive. Elle est entourée d'une large zone parsemée d'orifices nombreux et de petits segments plus ou moins contournés. Ces orifices et ces segments de tubes diminuent de nombre en s'éloignant du centre et paraissent manquer complètement dans la portion déjà décrite comme formant la périphérie de la tumeur. Ils contiennent du sang et paraissent être des vaisseaux. On n'a pas trouvé la capsule surrénale droite, qui paraît être englobée dans la tumeur. La capsule propre du rein droit, qui se détache facilement, retient en certains points quelques parcelles de la substance rénale. La surface externe de cet organe est légèrement grêlée, parcourue par quelques sillons peu profonds, mais ne présente aucun kyste. Sur la surface d'une des coupes que nous avons faites, la substance corticale apparaît diminuée d'épaisseur, colorée en gris rosé et parcourue de petites stries rouges qui convergent vers le hile et présentent des anastomoses : ce sont probablement des vaisseaux.

D'une coloration générale d'un blanc grisâtre, la substance médullaire offre des stries rouge sombre, au niveau de la base des pyramides de Malpighi. Dans la zone intermédiaire, il existe une béance de la section des vaisseaux. En certains points, le tissu adipeux du hile fait irruption dans la substance rénale où il semble ponr ainsi dire tailler des échan-

crures. La capsule surrénale gauche n'est pas augmentée de volume et paraît saine. Le rein correspondant présente les mêmes altérations que le droit. Cependant la surface externe est parcourue par des sillons plus profonds. Sur l'une de ses faces se montre une saillie peu prononcée blanc grisâtre. En incisant la substance rénale, à son niveau, on constate qu'elle présente le volume d'un petit pois et une consistance molle et qu'elle s'énuclée en partie quand le couteau racle la surface de section. Il n'existe pas d'épanchement pleural. Les poumons sont œdématisés. Le lobe inférieur du poumon droit est en presque totalité atélectasié. Il n'existe aucune trace d'infarctus. Le tronc de l'artère pulmonaire et ses branches ne contiennent pas de caillot. Les ganglions des hiles pulmonaires ne sont pas augmentés de volume. Examinés dans leur portion thoracique, les nerfs phréniques et pneumogastriques ne paraissent ni comprimés ni altérés. La rate pèse 250 grammes, son parenchyme paraît sain. Le pancréas est un peu congestionné. Le tube digestif est sain. La queue de l'épididyme gauche présente une tumeur du volume d'un gros pois, qui, à la coupe, se montre formée par une substance blanc jaunâtre. Cette dernière a la consistance du mastic et s'énuclée facilement. Cette tumeur paraît être un tubercule ramolli de l'épididyme. La dure-mère adhère à la calotte crânienne. La pie-mère présente quelques laches opalescentes et adhère à la dure mère sur la ligne médiane. Le cerveau, le cervelet, la protubérance et le bulbe sont sains. Il est impossible de se prononcer sur la nature de cette tumeur si l'on n'en fait pas l'examen microscopique. Aussi allons-nous présenter des coupes pratiquées sur des portions prises en différents points de la tumeur. Cet examen histologique a été fait au laboratoire de M. Gombault.

Examen histologique. — La coupe d'une partie prise entre le rein droit et le centre de la tumeur est colorée au prico-carmin et montée dans la glycérine. A un faible grossissement, elle présente l'apparence du parenchyme hépatique : des orifices à parois rosées autour desquelles sont massées des granulations qui s'en éloignent sous forme de travées. En différents points, des bandes rosées sillonnent cette substance grenue. Une de ces bandes, très épaisse, occupe toute la largeur de la coupe. A un plus fort grossissement, on constate que les orifices

précédents contiennent quelques globules sanguins; quelques uns sont complètement oblitérés par ces derniers. Quant à la substance d'apparence granuleuse, elle est constituée par des cellules disposées généralement en amas. Celles-ci forment, en plusieurs points, des tubes ou noyaux non séparés par du tissu conjonctif. Ces cellules sont polymorphes, polyédriques, pyramidales, irrégulièrement arrondies, ovalaires ou en raquette, mais le type à forme polyédrique prédomine. Leur protoplasma, finement grenu, renferme quelques granulations plus grosses et pigmentaires. Elles ont un et parfois deux noyaux granuleux, de forme arrondie et nettement révélés par l'hématoxyline. Elles sont colorées en brun jaunâtre. Elles se rencontrent dans les parois et le calibre de certains vaisseaux. Les bandes rosées sont des travées de fibrine dans lesquelles on rencontre par places des îlots constitués par les cellules précédentes. Un certain nombre de cellules ont subi une dégénérescence granuleuse, perdu leur noyaux, se colorent mal et ont une teinte clair jaune-verdâtre. D'autres sont jaunâtres, pourvues de quelques vésicules claires; ce sont des cellules en dégénérescence graisseuse. Elles sont disposées par petits îlots soit au milieu des autres cellules, soit dans les travées conjonctives. Une coupe de la substance gris-jaunâtre du centre de la tumeur présente la même structure que la coupe précédente; mais elle est parsemée d'îlots plus nombreux, de cellules en dégénérescence granuleuse, et d'espace vides dus à la disparition des cellules soit par résorption, soit par l'action mécanique d'un rasoir. Sur une coupe prise au centre de la tumeur, mais dans une portion grisâtre et molle située en arrière de la précédente, il existe de larges amas de cellules en dégénérescence granuleuse. Les travées fibreuses sont plus épaisses que dans la coupe précédente (L'auteur présente trois dessins que l'on consultera avec fruit dans le Bulletin de la Société anatomique, année 1892, page 330). Des coupes pratiquées dans les portions prises sur la périphérie de la tumeur, à droite et à gauche, présentent la même structure que les couches précédentes.

Après cet examen histologique des différents points de la tumeur, on est porté à croire qu'elle a une structure à peu près uniforme. Examinée au microscope, la plus volumineuse des tumeurs rencontrées sur le diaphragme présente la même

structure que la tumeur principale. Sur une coupe comprenant du foie et de la tumeur, on constate que cette dernière présente toujours la même structure. Quant au tissu hépatique, il est congestionné, ses capillaires sont dilatés : ce que l'on observe généralement dans les cas de tumeurs de cet organe. Au point de séparation du foie et de la tumeur existe une bande rosée de tissu scléreux, elle est infiltrée de cellules néoplasiques. Celles-ci se voient encore entre la bande précédente et le parenchyme hépatique qu'elles envahissent en partie. Sur un des côtés de la coupe du tissu hépatique se montre un îlot de cellules néoplasiques qui ne paraît pas séparé du foie par une zone scléreuse. Ces cellules se rencontrent également dans les espaces portes : elles entourent les conduits biliaires, les artères et occupent le calibre de la veine porte. On trouve encore quelques îlots cellulaires qui paraissent siéger dans l'intérieur des capillaires dilatés du foie. Au voisinage du rein, la tumeur présente une structure semblable à celle que nous avons déjà décrite. Sur une coupe, elle est en grande partie séparée de la substance rénale par une bande rosée, fibreuse, contenant des cellules néoplasiques. Celles-là se voient aussi au-delà de la zone scléreuse et envahissent le parenchyme rénal. En d'autres points, le néoplasme n'est pas séparé du rein par une zone fibreuse et l'envahit sous forme de boyaux cellulaires qui passent entre les tubes urinifères. Parmi ceux-ci, les uns sont comprimés et leurs cellules sont aplaties; les autres ont un calibre normal qui contient des cellules néoplasiques. On en rencontre également dans quelques vaisseaux et quelques glomérules. En outre, le tissu rénal présente les caractères de la néphrite interstitielle. Les glomérules, diminués de volume, présentent un grand nombre de cellules rondes à leur surface : quelques-uns même ont subi la transformation fibreuse. Les capsules de Bowman, épaissies, présentent, à leur surface interne des cellules rondes. Les tubes contournés sont entourés d'un tissu conjonctif infiltré de cellules embryonnaires. Leur calibre est aplati en certains points, leurs cellules épithéliales, diminuées de hauteur, ont subi en certains points la dégénérescence granulo-graisseuse. Il existe un épaississement des parois vasculaires et quelques travées rosées fibreuses dans la substance médullaire.

L'examen histologique du rein gauche fait voir qu'il est atteint aussi de néphrite interstitielle. Les lésions sont plus accentuées au voisinage de la tumeur, du volume d'un petit pois, parois vasculaires plus épaisses, glomérules complètement fibreux et travées scléreuses plus larges. La structure de cette tumeur n'est pas celle de la masse néoplasique, elle répond à celle des adénomes en dégénérescence cristallo-graisseuse qu'a décrits M. Sabourin dans la néphrite interstitielle.

Une coupe colorée au picro-carmin et montée dans la glycérine, permet de voir qu'elle est composée de cavités à forme alvéolaire. Ces alvéoles contiennent une substance grisâtre sans texture apparente. Cette substance est granulo-graisseuse et contient de petits cristaux en aiguille. Sur d'autres points, les alvéoles, plus larges et plus longues, présentent l'aspect de segments de tubes. Sur une coupe traitée par l'hématoxyline et montée dans le baume, les granulations graisseuses et les cristaux ont disparu ; les alvéoles apparaissent sous forme de loges à cloisons très peu épaisses, et contiennent de fins noyaux et quelques liserés très minces.

OBSERVATION 17 (Résumée). — Sarcome primitif de la capsule surrénale droite chez une enfant de 9 mois, par Cohn (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1894, XXXI, pages 266, 268).

M. H..., petite fille de 9 mois, est amenée à la clinique par sa mère, le 17 octobre. Bonne santé antérieure. Nourrie au sein jusqu'à huit mois. Depuis quatorze jours, on avait remarqué, à la région temporale droite, une tumeur qui se serait développée peu à peu. Depuis huit jours le globe de l'œil devient plus saillant et, dans les derniers jours, de fréquents vomissements se sont produits.

A l'examen on note une tuméfaction diffuse de la région temporale droite. L'œil, de ce côté, était projeté en avant et l'autre semblait quelque peu paralysé dans ses mouvements. A la palpation, on trouve une tumeur prenant sur la boîte crânienne de larges insertions et faisant corps avec elle. En avant, cette tumeur s'étendait jusqu'au-dessus de l'orbite droit ; en arrière, jusqu'au lobule de l'oreille, elle n'avait pas envahi la peau. Sa surface était lisse, sa consistance molle, présentant par places la sensation manifeste de fluctuation. Une palpation plus minu-

tieuse permit, en outre, de découvrir derrière l'oreille gauche cinq tumeurs aplaties, isolées les unes des autres, de la grosseur d'une cerise, puis une autre tumeur semblable sur le sommet du crâne, toutes offrant les mêmes caractères que la grosse tumeur.

La ponction de cette dernière ne donna, du reste, aucun liquide: il s'était donc agi d'une pseudo-fluctuation. Rien d'anormal dans la cavité buccale. En explorant avec le doigt l'espace rétro-pharyngien, on note une légère saillie à droite. Organes intra-thoraciques normaux.

Abdomen. — Le foie dépasse de 5 centimètres le bord des côtes sur la ligne mammaire. Sa surface est lisse, son bord tranchant. On sent, à gauche, sous les côtes la saillie de la rate et dans la profondeur du côté droit de l'abdomen, on peut palper une tumeur arrondie qui se sépare manifestement du lobe droit du foie.

Urine trouble mais sans sucre, sans albumine ni éléments figurés.

D'après ce fait, il était certain qu'on était en présence d'une tumeur maligne. Comme parmi les néoformations de cette sorte chez les enfants, celles des reins occupent la première place, on pensa donc à une tumeur primitive de ces organes et comme le foie et la rate semblaient augmentés de volume, on crut qu'ils étaient le siège de métastases.

Ces tumeurs grossirent avec une étonnante rapidité. D'abord ce fut la tumeur temporale qui fit rapidement une forte saillie sous la peau où se dessinait un réseau de veines fortement dilatées. L'oreille fut bientôt entourée par les tumeurs sur une largeur de 3 à 4 centimètres. Plus tard, la tumeur orbitaire augmenta, repoussant le globe de l'œil et rendant impossible l'occlusion des paupières. L'œil s'injecta, la cornée se troubla et le pus apparut. L'antre d'Highmore, du côté droit, fut également envahi, l'os palatin s'affaissa complètement pour faire place à la tumeur qui n'était plus recouverte que par la muqueuse palatine et fit saillie dans la cavité buccale.

Les ganglions lymphatiques voisins se tuméfièrent.

La tumeur abdominale fit des progrès rapides et rendit la palpation de plus en plus facile. Finalement, elle dépassa la ligne médiane, s'étendit assez loin dans les profondeurs et dans

un examen pratiqué quelques jours avant la mort, on pouvait même, en soulevant la tumeur, par pression de la région lombaire, l'autre main étant placée sur l'abdomen, palper assez exactement sa surface.

Ce mode de palpation montra que la tumeur était partagée en deux lobes par un sillon transversal; le plus volumineux en haut, le moins volumineux en bas. Sur les deux lobes, on pouvait remarquer de petites saillies mamelonnées.

Au début l'état de l'enfant était bon. Hormis les vomissements devenus plus fréquents, il n'y avait pas tout d'abord de symptômes cérébraux. Puis, au fur et à mesure des progrès que fit la tumeur, survint une apathie de plus en plus forte et la mort arriva enfin le 4 novembre au milieu du coma.

La température du corps mesurée à l'anus oscilla entre 36°3 et 37°8, mais se tint la plupart du temps autour de 37°.

Autopsie. — La région temporale gauche a pris une forme irrégulièrement sphérique. Le gonflement élève en haut le lobule de l'oreille et arrive jusqu'au dessus de l'orbite. Les veines sont dilatées au-dessus de la tumeur, le globe oculaire détruit, le sang sort par l'oreille gauche.

La voûte du palais du côté droit est durcie, complètement comblée par une tumeur sphérique occupant également l'espace rétro-pharyngien droit.

A l'ouverture de l'abdomen, on voit que le foie dépasse de 5 centimètres le bord des côtes sur la ligne mammaire. L'insertion du mésentère est colorée en rouge par le sang.

A la place du rein droit se trouve dans la partie supérieure un corps en forme de fève, fortement soudé au foie, de 13 cent. de long sur 5 cent. d'épaisseur et 8 de large, qui laisse apercevoir entre son troisième et quatrième quart, un sillon transversal au-dessous duquel la tumeur diminue tout à coup d'épaisseur et présente seulement, vers sa superficie, de plus petits nodules proéminents de la grosseur d'un pois. A la coupe on constate que les $\frac{3}{4}$ supérieurs de la tumeur se composent d'une masse homogène, molle, spongieuse, de coloration plutôt blanchâtre en haut, plutôt rougeâtre en bas, tandis que le $\frac{1}{4}$ inférieur représente le rein droit dans l'écorce duquel se trouvent des nodules qui atteignent la grosseur d'un pois.

Le rein est aplati dans sa partie supérieure et, en général,

plus petit que celui de gauche. Sa longueur est de 4 centimètres, sa largeur est également de 4 centimètres. Tout autour du hile du rein se trouvent des ganglions tuméfiés atteignant la grosseur d'une fève et réunis en masse. Le rein droit n'existe plus. Le rein gauche, légèrement augmenté de volume, laisse voir à sa surface et dans la substance de l'écorce, des nodules qui atteignent la grosseur d'une noisette. Les colonnes de Bertin sont un peu allongées. Longueur du rein : 6 cent. $1/2$, épaisseur 2 cent. $1/2$, largeur 4 cent. La capsule surrénale gauche est normale comme le pancréas.

Le foie, qui s'est soudé à la tumeur, semble terne à la surface de section. La forme des lobules n'est pas nette. Dans le sillon du ligament rond se trouve une place jaune de la grosseur d'une fève, qui, à la coupe présente un nodule cancéreux. La largeur du foie est de 15 cent. Hauteur du lobe droit = 10 cent. $1/2$, du gauche = 8 cent. $1/2$. Epaisseur = 3 cent. $1/2$.

La rate est rouge pâle, les corpuscules de Malpighi sont très nombreux et très nets. Sa largeur est de 8 cent. 7, son épaisseur de 2 cent. 2.

L'ovaire droit est un peu grossi, le gauche l'est davantage $2\ 1/2 = 1, 6 : 1, 6$.

Sur la surface du dernier se trouvent deux petits nodules, gros comme un grain de millet. La coupe montre encore là une formation cancéreuse.

La vessie est remplie d'une urine trouble, sans modification. Les uretères ne sont pas dilatés.

Les ganglions mésentériques, légèrement tuméfiés, présentent à la coupe une coloration d'un rouge gris. Sur la partie antérieure du thorax, au point correspondant à la quatrième articulation chondro-costale gauche, ainsi qu'à la quatrième et cinquième droite, on constate la présence de petites tumeurs pâles, molles, de la grosseur d'une fève.

Après l'enlèvement des organes intra-thoraciques, on constate à la face interne de la cavité, au niveau de toutes les articulations chondro-costales, sauf la première et la neuvième de droite, la présence de tumeurs mamelonnées, molles. Périoste de la face interne des côtes épaissi régulièrement et d'une façon diffuse dans toute son étendue.

Des mucosités spumeuses sortent de la trachée. Thymus normal. Poumon droit vide d'air. Poumons et cœur sains, pas de coloration anormale de la peau.

Examen de la tumeur abdominale (Wirchow). C'est un sarcome médullaire de la capsule surrénale droite, se composant en partie de cellules rondes, en partie d'éléments irréguliers, aplatis, anguleux, polygonaux avec de très gros noyaux caractéristiques des sarcomes. En beaucoup de points la forte accumulation de ces éléments avait amené leur dégénérescence graisseuse.

Il s'agit d'un sarcome médullaire primitif de la capsule surrénale droite avec formation très étendue de métastases.

OBSERVATION 48 (Résumée). — Sarcome primitif de la capsule surrénale gauche avec thrombose de la veine cave chez un enfant, par Fox (Transactions of the pathological Society of London, 1885, pages 460, 463, vol XXXVI).

Marie C..., 2 ans, est amenée, en février 1884, à l'hôpital Victoria. Parents en bonne santé. La mère a eu deux avortements à 6 mois de grossesse. Un troisième enfant est vivant et bien portant. La petite fille, objet de notre observation, est née à terme, elle avait une bonne constitution et fut allaitée au sein jusqu'à 16 mois. Toujours très grosse, elle devint, au dire de sa mère, énorme à 10 mois. A la fin de la première année, elle présenta une éruption sur les cuisses et les fesses sans coryza (du reste pas d'antécédents syphilitiques probables, bien que la mère ait perdu ses cheveux de bonne heure).

A l'entrée, on remarque que la malade est chancelante, assez grosse. Elle présente un teint pâle, légèrement foncé et même un peu livide sur les joues. Cette pâleur datait de plus d'un an. Pas de pigmentation. Téguments remarquablement velus surtout à la région génitale et pubienne. Ce fait attira tout d'abord l'attention. L'abdomen avait graduellement grossi depuis 1 an et 8 mois. Appétit extraordinaire et soif persistante, depuis 6 mois elle laissait échapper de profonds soupirs.

L'examen fut très difficile à cause de l'agitation de la malade. On put constater une hypertrophie uniforme du foie atteignant presque l'ombilic et, du côté gauche, une masse solide, mal définie qui ne parut pas être la rate. Urines et selles nor-

males. Cependant tendance à la constipation. L'enfant ne pouvait plus se tenir debout depuis janvier 1884. Auparavant elle pouvait marcher un peu à l'aide de chaises.

C'était une enfant peu intelligente et d'un vocabulaire réduit.

Le 19 février, vomissements violents durant toute la journée. La face devenait livide et la respiration très rapide. Amélioration le 24, mais la malade resta faible avec une soif vive, des nuits agitées, refusant toute nourriture et appuyant ses mains sur sa tête. Le 3 mars, nouveaux vomissements, avec une température de 39 degrés. Pouls faible, cyanose considérable. Vomissements stercoraux, puis mort.

Autopsie. — Organes génitaux très développés. Légère ascite, pas d'adhérences péritonéales. Foie couleur violet foncé, atteint l'ombilic. Intestins et estomac normaux. Derrière le colon se trouve une masse sombre en connexion avec le rein. Cette masse remplissait tout l'abdomen et était très adhérente à la paroi postérieure. En enlevant cette tumeur avec le rein, un liquide plein de grumeaux et épais s'échappa des veines. Les veines du rein et de la tumeur communiquaient librement. Rein gauche normal, aplati au sommet et plus petit que le rein droit congestionné. Pas de capsule surrénale gauche. La capsule droite était dure à la coupe. Quelques ganglions tuméfiés et durs étaient le siège de tumeurs secondaires. La veine cave inférieure était distendue et dure, remplie par un caillot décoloré adhérent et s'étendant jusqu'à l'oreillette droite qu'il remplissait en envoyant un prolongement à travers l'orifice auriculo-ventriculaire. Rien aux valvules. Le péricarde contient un léger épanchement. Emphysème pulmonaire des sommets. A gauche quelques nodules : l'un en arrière et deux ou trois en avant, au sommet.

Utérus et ovaires gros.

La tumeur abdominale avait la dimension d'une noix de coco, régulièrement ovoïde, molle et fluctuante. Elle occupait la place de la capsule surrénale gauche, recouvrait et aplatisait le rein gauche normal. La capsule de la tumeur était adhérente à celle du rein mais distincte. A la coupe, tumeur molle avec noyaux hémorrhagiques. Pas de liquide.

L'examen microscopique montra que les tumeurs primaires et secondaires étaient des sarcomes à grandes cellules.

OBSERVATION 19 (Résumée).—Cas de sarcome primitif de la capsule surrénale gauche par Karl Berdack (*Wiener medizinische Wochenschrift*, 1889 XXXIX. page 357-385).

Joseph L., journalier, 55 ans, entre à l'hôpital le 14 octobre, pour tumeur abdominale. Il y a 2 ans, affection pulmonaire dont il guérit. Auparavant, santé excellente. Au commencement de juin, il éprouve des douleurs dans l'hypocondre gauche, avec irradiation du côté du thorax. Deux mois avant son entrée à l'hôpital, il remarque que son ventre augmente de volume et un mois plus tard, il perçoit une tumeur dans la région stomacale. Cette tumeur grossit, devient plus molle. Peu d'appétit, éructations ; ni vomissements, ni malaises particuliers après les repas. L'ingestion des aliments n'a aucune influence sur le volume de la tumeur. Pas d'ictère, selles normales. Dans les dernières semaines amaigrissement notable.

Examen. — Sujet de taille moyenne, mince, amaigri. Teint pâle légèrement brun, anémie profonde. Tremblements fibrillaires au contact, surtout au thorax. Pouls et respiration rapides. Température 36° 4.

Thorax élargi à sa partie inférieure, modérément globuleux. A la percussion matité à droite jusqu'au bas de la 5^{me} côte, à gauche jusqu'à la 3^{me}.

A l'auscultation. — Inspiration brève, expiration prolongée. Choc du cœur non visible, sensible au toucher, au-dessus du mamelon et de la 4^{me} côte gauche. Il commence à la 3^{me} côte et est limité à droite par le bord gauche du sternum. Bruits sourds mais distincts. Au-dessus, et un peu en dehors du mamelon, petites nodosités mobiles, de la grosseur d'un pois. Espace de Traube sensiblement réduit.

Abdomen fortement ballonné, peau distendue, œdémateuse, veines dilatées à gauche. Partout résistance, notamment à l'épigastre et au mésogastre. Pas de point douloureux.

A l'hypogastre, fluctuation manifeste. A l'épigastre, on perçoit une tumeur élastique, grosse comme une tête d'enfant, qu'on peut circonscrire nettement à droite, en haut et en bas.

Limitée en haut, par l'apophyse xyphoïde, se terminant à 4 travers de doigt de l'ombilic, par un bord dur, saillant, nettement perceptible. A gauche, masse dure, envahissant tout l'hypocondre, se terminant à 5 travers de doigt sous les fausses côtes. Dans cette tumeur, pas de bruits de souffle. Dans le mésogastre gauche, sensation d'une corde ronde formée par une anse intestinale distendue. Percussion au-dessus de la tumeur, donne un son clair qui devient immédiatement tympanique dans les parties intestinales voisines.

Foie non perceptible. Matité s'étend de la 3^{me} côte jusqu'au bord des fausses côtes.

La matité splénique qui commence à la 6^{me} côte ne peut se circonscrire ni à droite, ni en bas.

Rien d'anormal à l'examen du sang.

16 octobre. — Fortes douleurs survenant par crises plusieurs fois par jour et ne cessant que lorsque le haut du corps est fléchi en avant. Température = 36°. Traitement : Teinture amère, liqueur de Fowler ââ.

18 octobre. — La tumeur qui fait saillie à l'épigastre, devient plus molle et nettement fluctuante. Ponction exploratrice qui donne un peu de sang mélangé de graisse. Au microscope on trouve dans ce sang des globules et des grains de pigment. Le soir injection de morphine.

26 octobre. — Amaigrissement continu. Nouvelle ponction exploratrice sans résultat. Selles dures, normales. Murmure respiratoire peu perceptible. Température = 35°6. Le soir : injection de morphine.

2 novembre. — Malade très amaigri, cyanosé. Dyspnée. Aux poumons : submatité à droite, signes de bronchite diffuse. T° = 35°.

3 novembre. — Le matin, cyanose. T° = 35°. Même état. Le soir, le malade perd connaissance, se refroidit et meurt.

Autopsie. — Corps de taille moyenne. Ossature puissante. Amaigri. Peau pâle parsemée sur le dos de taches livides. Traits du visage altérés, poitrine bombée, fortement élargie à sa partie inférieure. Le flanc gauche est fortement distendu, on y trouve une résistance sensible.

Poumons repoussés en avant, anémiés, œdémateux, comprimés à la base. Diaphragme bombé à droite jusqu'à la 4^e côte, à

gauche jusqu'à la 3^e. Cœur flasque et semblant sur le point de se dissocier.

La partie supérieure de la cavité abdominale est presque entièrement remplie par une tumeur, recouverte seulement par l'épiploon. Cette tumeur vient se placer entre l'estomac et le colon transverse et arrive derrière le lobe gauche du foie. Cette masse prend naissance en arrière. Sa périphérie laisse écouler un suc blanc, laiteux. Cette masse est friable, de coloration jaune graisseux. Elle a dû se rompre. Sa partie profonde placée dans l'hypocondre gauche présente des espaces caverneux assez considérables, remplis d'un liquide épais, rouge brun. Cette portion est fixée solidement au diaphragme et au rein gauche, mais reste distincte.

Foie repoussé en haut et en arrière sous le diaphragme. Il est brun pâle. Son bord postérieur contient de nombreux noyaux gros comme des œufs de poule. Ces noyaux ont l'aspect de la moelle, sont hémisphériques et présentent une partie centrale tachetée de rouge par suite d'hémorrhagies.

Rate repoussée en avant et en dedans. Moulée dans la tumeur. Elle est volumineuse, lisse, brun pâle.

Estomac repoussé sous le diaphragme, tiraillé et distendu par le bord supérieur de la tumeur. La cavité comprimée contient un liquide spumeux et bilieux.

Pancréas, placé à la partie inférieure de la tumeur, est flasque, déprimé.

Rein gauche un peu refoulé en bas. Rein droit situé normalement. Tous deux pâles. Capsule surrénale gauche cancéreuse. Capsule droite normale.

Intestin grêle peu distendu. Gros intestin rempli d'épaisses matières fécales.

A la partie inférieure de la cavité abdominale, léger épanchement de sang liquide. La peau de l'abdomen est d'une coloration assez foncée.

Au microscope, on trouve que la tumeur est un sarcome à petites cellules.

OBSERVATION 20 (Résumée). — Cancer primitif de la capsule surrénale gauche avec propagation au canal thoracique, lymphangite pulmonaire généralisée, adénopathie sus-claviculaire, par M. Troisier (*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1890, page 266).

Homme, 34 ans. Les premiers symptômes remontent au mois de juillet 1889. A cette époque, hématurie abondante qui s'est renouvelée assez souvent depuis. Le 11 août, colique néphrétique. En janvier 1890, hémoptysie. Dyspnée presque continue avec accès d'étouffement la nuit. Nouvelles hématuries en février, l'oppression persiste. A l'auscultation : simple affaiblissement du murmure vésiculaire et présence de râles muqueux, fins, disséminés ; crachats assez abondants, spumeux, quelquefois teintés de sang. Quelques jours avant sa mort il expectora à la suite d'une quinte de toux, une petite masse pulpeuse, grisâtre, ayant l'aspect d'un ganglion. Amaigrissement considérable. Mort par asphyxie lente. Pas de mélanodermie.

Autopsie. — Cancer de la capsule surrénale gauche avec propagation au rein, du même côté, dans lequel on trouve plusieurs noyaux secondaires, dont l'un forme un champignon occupant toute la cavité du bassinet (source probable des hématuries). Rein et capsule surrénale droits sains. Ganglions lombaires en contact avec rein et capsules gauches, sont dégénérés. Chaîne prévertébrale altérée, depuis région lombaire jusqu'à la trachée. Ganglions bronchiques atteints. Lymphangite cancéreuse généralisée des deux poumons.

Canal thoracique avec dégénérescence cancéreuse. Ganglion sus-claviculaire cancéreux, de la grosseur d'une petite noix, à gauche.

OBSERVATION 21 (Résumée). — Carcinome de la capsule surrénale gauche chez un enfant (Transactions of the pathological Society of London), par le Dr Ogle, 1865, vol. XVI, page 256.

Sarah W., 3 ans, entre à l'hôpital en septembre 1864. Elle est très grosse, pèse 44 livres anglaises, a une taille de 2 pieds 10 pouces. Son regard est maussade, ses traits accentués. Elle a un système pileux très développé. Ses sourcils sont épais,

elle a une moustache accentuée et une région pubienne très velue. Ses organes génitaux sont entièrement développés. Elle a une peau cuivrée mais non bronzée. Sa mère a un teint très coloré. Elle a eu 4 autres enfants. Elle dit avoir eu une attaque d'épilepsie lorsqu'elle était grosse de cette enfant. La petite fille qui fait l'objet de cette observation, était bien portante jusque il y a 8 mois. A cette époque elle eut une fluxion de poitrine. Elle augmenta de volume depuis ce moment. Sa mère dit qu'elle avait « des dents plein la bouche ». Une tumeur volumineuse siégeant au-dessous des dernières côtes et du côté gauche fut alors remarquée. Cette tumeur n'était pas douloureuse. On fait prendre à la malade de l'iodure de potassium pendant un mois. Elle entre à l'hôpital pour vomissements constants qu'elle a depuis deux ou trois jours. Elle est très faible, ne peut prendre aucune nourriture et meurt le lendemain.

Autopsie. — La capsule surrénale gauche était le siège d'un cancer encéphaloïde pesant 2 livres, 2 onces. Le foie contenait un nodule carcinomateux de la taille d'une châtaigne.

Examen microscopique. — Les masses carcinomateuses étaient composées de nombreuses granulations graisseuses et d'une multitude de cellules nucléées, rondes et ovales, qui avaient subi pour la plupart la dégénérescence graisseuse.

OBSERVATION 22 (Résumée). — Cancer d'une capsule surrénale, par Geenhaw (Transactions of pathological Society. London, 1867. XVIII, page 260 à 262).

Petite fille de 12 ans entrée presque mourante à l'hôpital. Elle avait eu, quelques mois auparavant, une légère fièvre scarlatine suivie d'hydropisie. Depuis ce moment, bonne santé habituelle.

Autopsie. — Corps en bon état, la peau avait sa coloration normale. Les poumons et la plèvre étaient congestionnés en grande partie, et une pleuro-pneumonie était évidemment cause de la mort. Une des capsules surrénales formait une tumeur irrégulière, d'environ 3 pouces de long sur 2 de large. Le rein correspondant était aplati au point de contact, mais non adhérent. Les autres organes étaient sains.

La surface de la capsule surrénale malade, était douce au toucher, légèrement bosselée.

Examen de la tumeur. — A la section, elle présentait une portion centrale de forme globuleuse, occupant la plus grande partie de la masse et une portion périphérique généralement séparée de la portion centrale, par une ligne de démarcation très nette. Cette portion centrale avait une consistance très molle, une couleur blanche et sa surface de section présentait un aspect finement réticulé. Elle laissait échapper du suc blanc, floconneux. On voyait, au centre, la coupe d'une grosse veine entourée de tissu fibreux. La portion corticale avait une consistance plus ferme et un aspect plus uniforme, quoique légèrement réticulée. L'examen de coupes minces, prises dans les deux parties, montra que leurs caractères étaient semblables. On y voyait un tissu fibreux, circonscrivant des mailles très régulières. Ces mailles étaient, en grande partie, remplies de cellules nucléées, rondes et ovales (beaucoup contenaient 2 ou 3 noyaux). Dans la portion centrale, les alvéoles étaient plus grandes et plus régulières. On ne voyait pas trace de la structure normale de l'organe.

Examen histologique. — Les coupes minces de cette tumeur, montrent un réticulum, dont les mailles sont remplies d'une substance très friable, que le lavage enlève facilement. Près de la surface, le réticulum est plus serré et ses mailles sont plus solides que vers le centre de la tumeur où le tissu interstitiel domine.

Les travées du réticulum semblent finement réticulées. Elles sont formées de cellules de grande longueur, excessivement grêles et délicates. Dans le tissu interstitiel on distingue des cellules et une substance inter-cellulaire. Les premières sont le plus souvent rondes, et elles ont de $1/4300$ à $1/433$ de pouce. Les petites cellules sont bien plus nombreuses que les grandes. Elles contiennent un seul noyau ou plus généralement quelques belles granulations, tandis que les grandes contiennent de 1 à 3 noyaux et sont évidemment une origine des petites.

La quantité de substance inter-cellulaire varie beaucoup. Aux endroits où les cellules sont tassées, elle est à peine visible, mais dans d'autres endroits, les cellules sont séparées par des

intervalles plus grands que leur diamètre et, là, la substance inter-cellulaire est facilement reconnaissable. Sa structure est légèrement granuleuse, mais c'est probablement une altération *post mortem* produite par l'alcool, dans lequel le cancer a été plongé. Il est aussi probable que les cristaux incolores, en tablettes, rhomboïdaux (plus larges et plus délicats que ceux de cholestérine), qui sont répandus dans la tumeur, ont la même origine.

Conclusion : La présence d'une substance inter-cellulaire véritable, la fait placer parmi les sarcomes, mais à forme maligne.



CONCLUSIONS

1° Le cancer primitif des capsules surrénales est très rare, on en observe à peine dans la science une trentaine de cas authentiques.

2° Il peut se développer à toutes les époques de la vie, on les rencontre même chez de très jeunes enfants. Il est bilatéral dans un tiers des cas, mais cette bilatéralité ne semble pas toujours primitive. Quand la lésion siège d'un seul côté, elle porte dans les deux tiers des cas sur la capsule droite.

Ce cancer n'est point particulier à certaines professions et il est difficile de le rattacher à des causes précises bien qu'on ait invoqué à diverses reprises le traumatisme.

3° La nature du cancer varie suivant la portion de l'organe où il débute. Il peut présenter, soit le type épithélial, soit le type conjonctif. Sa consistance est généralement très friable. Il contient fréquemment des cellules de nature spéciale, décrites par Stilling et qui ont de commun, avec les cellules normales des

capsules surrénales, leur propriété de se colorer en brun par les sels de chrome. Cette particularité était évidente dans les préparations bien étudiées par M. le docteur Dor et provenant d'un malade observé dans le service de M. le professeur Poncet.

4^o Le diagnostic de ces cancers est très difficile et n'a point encore été posé. On peut cependant distinguer deux formes de tumeur :

L'une, à généralisation rapide, se traduisant par des localisations multiples pouvant siéger dans tous les organes, en particulier à la peau et dans les centres nerveux, répondant fréquemment à une lésion bilatérale et entraînant, par suite de la multiplicité et du développement des nodules secondaires, un ensemble de symptômes qui masquent ceux de l'affection primitive. Cette forme évolue dans un délai qui varie de quelques semaines à quelques mois, et se termine toujours par la mort.

La seconde, la plus fréquente, comprend les cancers sans généralisation ou à généralisation lente. La durée moyenne de son évolution est de huit mois. Jusqu'ici son pronostic a toujours été fatal.

Les symptômes auxquels elle donne naissance sont, suivant leur ordre d'apparition : une asthénie profonde et un amaigrissement rapide ; une douleur à caractères irréguliers, siégeant dans la région lombaire et s'irradiant à l'épigastre et au thorax ; l'apparition d'une tumeur à contours assez nets, pouvant atteindre le volume d'une tête d'enfant, de consistance généralement ferme au début mais

capable de donner plus tard une sensation de fluctuation par suite de sa structure vasculaire ou de sa transformation granulo-graisseuse. Cette tumeur est située à la partie supérieure de l'un des flancs, faisant saillie à l'épigastre et refoulant le diaphragme dont elle suit parfois les mouvements. Elle est ordinairement assez mobile et produit l'impression de ballottement.

On rencontre, dans cette forme, les différents symptômes de la maladie d'Addison à l'exception de la coloration bronzée. Son évolution s'accompagne quelquefois d'hypothermie, mais rarement de fièvre. Il y a de la dyspnée, des phénomènes de tachycardie paralytique se traduisant par des palpitations et un pouls rapide, mou, petit, dépressible. Bientôt survient une cachexie profonde spéciale, suivie de coma dans lequel succombent les malades.

5° Les complications auxquelles donne lieu le cancer sont : d'abord la généralisation constatée 16 fois sur 22 observations, portant sur tous les organes mais en particulier sur le rein, le poumon, le foie. On rencontre également des thromboses de la veine cave inférieure, soit par compression, soit par propagation du néoplasme. Il faut citer enfin, mais comme complication plus rare, un certain degré d'altération du rein et l'apparition d'une pneumonie souvent mortelle.

6° Aucun traitement n'a été essayé jusqu'ici et cependant, d'après les données de la physiologie, dans le cas de lésion unilatérale, l'ablation d'une

capsule surrénale n'amènerait aucun trouble.

D'après Le Dentu on pourrait aborder la tumeur par la voie transpéritonéale. Les adhérences et souvent l'englobement du rein nécessiteraient une néphrectomie concomitante.

En résumé, l'extirpation serait la seule chance de salut si elle se basait sur un diagnostic précis. Elle réussirait peut-être lorsque la tumeur est unilatérale, sans adhérences, mais la coexistence de généralisation, la bilatéralité ou des adhérences multiples constitueraient des contre-indications formelles.

Le Président de Thèse,
PONCET.

Vu :
Le Doyen,
LORTET.

VU ET APPROUVÉ :
Le Recteur,
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

ALBARRAN. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1897, page 243.

BERDACK. — *Wiener medizinische Wochenschrift*, 1889, page 357.

BRIN. — Thèse de Paris, 1892.

CORNIL et RANVIER. — *Manuel d'histologie pratique*, tome II, page 520.

DUPLAY et RECLUS. — *Traité de Chirurgie*, tome VII.

KLEBS. — *Handbuch der pathologischen Anatomie*, tome I.

LANCEREAUX. — *Dictionnaire encyclopédique des Sciences Médicales*. Article : Capsules surrénales. — *Traité d'Anatomie pathologique*, 1889, tome III, page 806.

LE DENTU. — *Affections chirurgicales des reins, des uretères et des capsules surrénales*.

PILLIET. — *Bulletin de la Société Anatomique de Paris*, 1888, page 716.

ROKITANSKY. — *Pathologie des tumeurs*, tome III.

SAMUEL. — *Über die Eingewärme um das Fieber*.

VIRCHOW. — *Pathologie des tumeurs*, tome III.

ZIMSEN'S HANDBUCH. — *Krankheiten der Nebennieren*.

